Lane Medical Library

Resultate und Dauererfolge bei 80 Fällen von vaginalen Totalexstirpationen bei Prolaps,

aus den Kliniken von Basel und Halle.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität
Halle-Wittenberg

Mittwoch, den 16. Juli 1902, Mittags 1 Uhr,

öffentlich vortragen wird

Helenefriederike Stelzner
approb. Ärztin
aus Chemnitz i. S.

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1902.

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Halle.

Referent: Prof. Dr. **Bumm.**

v. Bramann,
d. Z. Prodecan.

Geht man in Kürze die Therapie durch, welche man den Lageveränderungen, resp. dem Prolaps des Uterus im Laufe der Jahrhunderte angedeihen liess, so hat man einen weiten, zum Theil in steilen Curven verlaufenden Weg zu überblicken. Conservatives und operatives Verfahren haben sich gegenübergestanden seit auf Plato's Vorschlag, das herumwandernde Tier durch ihm angenehme Räuchermittel und aromatische Injectionen auf den ihm zustehenden Platz zwischen den Flanken des Weibes hinzulocken und zu fixieren, die Behauptung des Soranusca 2. Jahrh. n. Chr. G. folgte, dass man den Uterus wegnehmen könne, ohne den Tod der Frau zu veranlassen, eine Behauptung, die für damals eine grosse Kühnheit bedeutete und gewagt erscheint bis zum Jahre 1876, wo mit Einführung der Antisepsis eine neue Aera für das operative Vorgehen anbricht.

War damit die Frage der Lebensgefährlichkeit der Operationen in ein anderes Stadium getreten, so gilt es, heute noch einen zweiten Punkt in Betrachtung zu ziehen. Es handelt sich darum, wie sich die verschiedenen operativen Verfahren, die man dem prolabirten Uterus gegenüber anwendet, hinsichtlich der Dauerresultate verhalten, und hauptsächlicher Zweck dieser Arbeit soll es sein, an der Hand eines breiten Materials neben den momentanen Erfolgen, die Ergebnisse von Nachuntersuchungen auszusondern, die an 43 Fällen von durch Prof. Bumm in Basel ausgeführten vaginalen Totalexstirpationen bei Prolaps stattgefunden haben. Die

günstigen Resultate könnten vielleicht geeignet sein, in dem Kampf der Meinungen, der um Berechtigung der vorerwähnten Operation bei blossem Prolaps noch immer entbrannt ist, einen Ausschlag zu geben.

Das Verfahren hat sich ja ohnehin langsam genug Bahn gebrochen, wenn man bedenkt, dass es in unklaren Umrissen bereits im Mittelalter aufgetaucht, als wissenschaftlich begründeter Gedanke im Jahre 1757 von Oakley in Birmingham ausgesprochen, aber nicht ausgeführt wurde, darnach ein Jahrhundert lang ruhen musste, um dann auf's neue geboren zu werden.

Sehen wir von den Fällen ab, wo Totalexstirpation wegen gleichzeitig bestehenden malignen Neubildungen des vorgefallenen Organs ausgeführt wurde, an welche Behandlungsmethode sich die Namen Langenbeck[1]) 1813, Gebhard[2]) 1836, Jürgensen[3]) und Edwards[4]) 1864 knüpfen, so finden wir die Operation aus reiner Indication prolapsus uteri zum erstenmal im Jahre 1861 von Choppin versucht und 1867 von ihm beschrieben. Der günstige Erfolg dieser Totalexstirpation geht aus dem Schluss der Operationsgeschichte hervor, welcher lautet: „The patient was presented in my clinical lecture with her womb in her hand, thus demonstrating that the uterus could be removed without causing death".

Leitlich folgte im Jahre 1880 in mehr improvisirter Weise Kaltenbach; aber bereits im Jahre 1889 erscheint eine Zusammenstellung von 8 Fällen von vaginaler Totalexstirpation bei Prolaps aus der Bresl. Klinik von Dr. Robert Asch[5]). Mehr als die geringe Anzahl der bis dahin versuchten Operationen spricht für den wenig günstigen Boden, auf welchen die radikal-operative Propaganda fiel, ein

1) Langenbeck. Siebold's Journal X.

2) Gebhard, Arch. des dänischen Gesundheitscollegs 1836—37.

3) Jürgensen, Fricke und Oppenheim Zeitschrift für gerichtliche Medicin IX.

4) Edwards, British medical Journal, Februar 1864.

5) Asch, Arch. für Gynaekologie B. XXXV. 1889.

Passus aus Dr. Asch' Arbeit. Er beginnt seine Ausführungen quasi mit einer Entschuldigung, dass man unter Umständen doch noch an Radicalbehandlung denken müsse, indem „bei dem unaufhaltsamen Siegeszuge der Vorkämpfer für die mechanische, unblutige Methode der Prolapsbehandlung und der wunderbaren Erfolge, die die schwedisch-deutsche Massagebehandlung auch in den veraltetsten Fällen von Prolaps ohne Unterschied der Aetiologie aufzuweisen hat, doch noch solche Formen von Uterus- und Scheidenvorfall vorkommen, die selbst dem geschicktesten und geübtesten Gymnasten trotzen." Während sich also in der Stille eine operative Technik herauszubilden begann, hatten die Anhänger der conservativen Methode neben den alten Bahnen der Ring-, Pessar- und Hysterophorbehandlung eine neue betreten, indem sie begeistert dem Schweden Thure Brandt folgten. Die Hoffnungen, die sich an diesen Namen knüpften, erfüllten sich nicht; seine Erfolge waren ephemere, und wohin „der unaufhaltsame Siegeszug" gegangen ist, geht am besten aus der Bemerkung Olshausen's hervor, mit welcher er den Gynaekologentag vom Jahre 1900 schloss: er constatire mit Vergnügen, dass daselbst nicht von Thure Brandt gesprochen worden sei. Es ist selbstverständlich, dass zu einer Zeit, wo die conservativen Methoden, selbst der operative Theil derselben: Ventro-, Vesico-Vaginofixation, Verkürzung der Ligamente und Plastik einerseits nicht genügendes zu leisten imstande sind und die Radikaloperation andrerseits neben den allgemeinen Bedenken gegen Wegnahme eines lebenswichtigen Organs sprechen, zum Theil an noch unvollkommener Ausbildung der Technik krankt, der Streit pro und contra mit einer gewissen Heftigkeit geführt wird. Namentlich sind es die französischen Aerzte, welche sich mit dem Gedanken an die Hysterectomie durchaus nicht befreunden wollen, und im Jahre 1893, während in Deutschland schon eine ganz ansehnliche Anzahl von Totalexstirpationen gesammelt vorlagen, sagt Parisot[1]) in

1) Parisot, A. Traitement du Prolapsus Utérin. Arch. de bocod. et de gyn. Paris Vol. XXII 1895.

seinem geschichtlichen Abriss über die radikale Methode, die der Autorität Richelot's ihre Aufnahme in Frankreich zu danken hat:

„l'opération de Richelot est présentée dans la plupart des thèses qui traitent du prolapsus comme une hardiesse chirurgicale, qu'il ne convient pas d'imiter."

Aus den Verhandlungen des französ. Chirurgenkongresses Paris 19.—23. Oktober 1896 geht hervor, dass die vaginale Hysterectomie zur Behandlung des Prolapses in Frankreich ausser von Richelot von Terrillon, Gouilloud, Pozzi, Quénu, Ségond, Léjas ausgeführt wurde, ohne dass die Betreffenden sich mit der Operation hätten befreunden können; selbst Richelot macht kein weiteres Zugeständniss, als dass ein Operateur, der auf Hysterectomie eingeübt sei, diese der Amputation vorziehen möge. Die Erfolge, welche die französischen Gynaekologen aufzuweisen haben, sind allerdings so entmutigende, dass man den Pessimismus begreift, mit welchem sie an die Operation herangehen, nur bliebe zu entscheiden, in welchen Fällen der ungünstige Ausgang von der mangelnden Technik und in welchen er von ungünstig gewähltem Krankenmaterial herrührt.

Jedenfalls zählt die deutsche Schule unter ihren Häuptern eine ganze Anzahl berühmter Namen, welche Totalexstirpation des prolabirten Uterus unter gewissen Umständen als berechtigt empfehlen; eine weitere Reihe will die Indicationsstellung bedeutend eingeschränkt haben, und nur wenige sind es, die sich gegen diese Operation überhaupt aussprechen.

Zu den ersteren gehören Schroeder-Hofmeier[1]), bei denen wir in dem Capitel über Vorfall des Uterus lesen:

„Als radicalste Operation ist die Exstirpation des gesammten Uterus ausgeführt worden, deren Prognose bei der vervollkommneten Technik der totalen Uterusexstirpation per vaginam gerade beim vorgefallenen Organ durchaus günstig ist."

1) Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane von Carl Schroeder. Herausgegeben von M. Hofmeier. 1898.

Als Einschränkung will er die Indication nur bei älteren Frauen mit totalem Vorfall des vergrösserten Uterus gestellt sehen und erwähnt, dass fast immer noch andere plastische Operationen an der Scheide und am Damm zugefügt werden müssen, eine Erfahrung, die übrigens alle Operateure gemacht zu haben scheinen, da das Vorgehen in dieser Richtung sich bei den einzelnen nur zeitlich, d. h. darin, wann die plastische Operation der Hauptoperation angeschlossen werden soll, unterscheidet.

Wie weit man den Begriff „ältere Frau“ in das vorklimakterische Alter herunter verlegen darf, das hängt von den verschiedensten Factoren ab: einmal und zuerst ganz gewiss von den Erfahrungen, die man bei einem breiten Material, — wie es uns vielleicht zum erstenmal in dem zu besprechenden Professor Bumms aus den Kliniken zu Basel und Halle vorliegt, — über Ausfallerscheinungen nach Totalexstirpationen bei noch menstruirten Frauen sammelt; weiter entscheidet die soziale Stellung der Patientin und die Rücksicht auf etwa noch erwünschte Nachkommenschaft. Die meisten Autoren wollen allerdings von Radicaloperation bei der conceptionsfähigen Frau überhaupt nichts wissen. Ganz strikte spricht sich betreffs Indicationsstellung Fritsch[1]) aus, indem er sagt:

„Ist trotz wiederholter plastischer Operationen der Uterus immer wieder vorgefallen, ist die Hypertrophie des Vorfalls so stark, dass er nicht reponirt werden kann, kurz führen die beschriebenen Operationen nicht zum Ziel, so bleibt als ultimum refugium die Exstirpation der Scheide und des Uterus übrig. Dieselbe wird auch sofort gemacht, wenn der totale Prolaps seit vielen Jahren besteht, colossal gewulstet und dick ist; wenn grosse Geschwulstflächen die Plastik unmöglich machen und die Patientinnen über die Jahre der Conception hinaus sind.“

---

1) Fritsch, Lehrbuch der Gynaekologie.

Gegen den ersten Punkt dieses Dogmas liesse sich wohl einwenden, dass der mehrfache Versuch, durch plastische Operationen zu helfen, ganz gewiss eine Härte gegen die Patientin enthält, die mehrmals sich einer Operation unterziehen muss, wo eine einzige eingreifende helfen könnte, dass ferner das geschaffene Narbengewebe die Totalexstirpation sicher erschwert. Weiter lässt sich für die arbeitende Klasse — wie schon oben erwähnt — unmöglich die Zeit radikalen Eingreifens bis nach der Conceptionsfähigkeit hinausschieben unter Verhältnissen, wo es viel wichtiger ist, dass die Familienmutter imstande ist, Brot und häuslichen Wohlstand für die ihren zu schaffen, als die Kinderzahl zu vermehren.

Eine sehr vorsichtige Haltung betreffs Indicationsstellung für vaginale Totalexstirpation nimmt Schauta auf dem Internationalen Gynaekolencongress zu Berlin 1891 ein, wo er sagt: „Als Indicationen für Totalexstirpationen sind anzusehen: Prolaps, Myom und recidivirende glanduläre Endometritis. Ich selbst habe wegen Prolaps im ganzen nur sechsmal operiert. Wenn man diese wenigen Fälle in Vergleich zieht mit der grossen Häufigkeit des Prolapses, so sieht man ohne weiteres, dass die Indicationen sehr vorsichtig gestellt werden, und das ist gewiss für die Zukunft nothwendig."

Wie Statistiken aus anderen Kliniken zeigen, ist die Zukunft nicht immer ganz so ängstlich gewesen, sonst würde Fuchs[1]) nicht in der Lage gewesen sein i. J. 98 über 13 Fälle aus dem Bresl. Allerheiligenhospital zu berichten bei Frauen im Alter von 31, 35, 37, 46, 47, 48, 50, 53, 54, 56 Jahren. Neben den bedingten Anhängern der Methode, zu denen auch Hegar, Kaltenbach und Martin zählen, finden sich auch unbedingte und rückhaltslose Gegner, so z. B. Küstner[2]), welcher das allein Richtige in der abdominalen Ventrofixation, combinirt

1) Otto Fuchs, Zur Behandlung von Totalprolapsen d. Uterus durch Totalexstirpation. Aus der gyn. Abth. des Allerheiligenhospitals zu Breslau. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. VII.

2) Küstner, Die Prinzipien der Prolapsbehandluug. Deutsche medizin. Wochenschrift 1894.

mit Kolporrhaphia ant. et post. ohne jede Verkürzung des Uterus erkannt haben will.

Ein ebenso schroffer Gegner dieser Operation ist Herr Professor v. Herff, Director des Frauenspitals zu Basel, welcher mir gestattet hatte, die Nachuntersuchungen der von Herrn Prof. Bumm s. Z. daselbst operirten Fälle unter Oberleitung des Herrn Dr. Wormser vorzunehmen. Indem ich Herrn Prof. v. Herff gleichzeitig meinen Dank ausspreche, besonders für die Bereitwilligkeit, der Einladung an die Patientinnen durch seinen Namen Nachdruck zu verleihen, betone ich auf seinen ausdrücklichen Wunsch, dass er ein entschiedener Gegner der Totalexstirpation bei Prolapsen ist, besonders wegen der unverhältnissmässig hohen Lebensgefahr. Er selbst hat bereits Versuche angefangen, durch Anlegung mehrerer hintereinander stehender Lefort'scher Querriegel bessere Ergebnisse bei den schwersten Vorfällen zu erzielen in Analogie mit der W. Freund'schen Operation und der B. Müller'schen Scheidenexstirpation.

Prof. v. Herff betont hier einen Umstand, die hohe Lebensgefahr, welche die vorher citirten Autoren unerwähnt lassen, vielleicht in der Erwägung, dass einerseits der exitus sich vielfach an Complicationen bei der Operation knüpfte, die in erster Linie von der mehr oder minder ausgebildeten Technik der Operation abhängt, dass andererseits die Operation in manchen Fällen zur Ausführung kam und gewünscht wurde, wo der Allgemeinzustand eine Contraindication hätte abgeben sollen. Ganz allgemein betrachtet sind die anderen operativen Verfahren bei Prolaps Vesicofixation, Ventrofixation, Portioamputation, auch keine ganz gefahrlosen Methoden.

Die Indicationsstellung muss sich selbstverständlich an die praktischen Erfolge halten, und diese klarzulegen war gerade in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Statistiken bestrebt, die aber leider zum grössten Theil nur die eine Seite beleuchten, den einfachen Ausgang der Operation und Zustand der Patientinnen beim Verlassen der Klinik, resp. Mortalitätsverhältnisse post oper. während die mindestens ebenso wich-

tige Seite — Nachuntersuchungen und Dauerresultate — in gründlichster Weise nur in Prof. von Herff's Arbeit „Über die Dauerresultate bei Prolapsoperationen“ zur Besprechung gelangt.

Ich erwähne aus jüngster Zeit noch folgende Zusammenstellungen:

Otto Fuchs, zur Behandlung von Totalprolapsen des Uterus durch Totalexstirpation, Breslau 1898 und füge bei, dass dieser die Dauerresultate insofern streift, als er erwähnt, dass 2 Patientinnen nicht recidivfrei blieben.

I. Democh, die vaginalen Totalexstirpationen des Uterus aus der Hallenser Frauenklinik vom 1. Okt. 1896 bis 1. Jan. 1901, behandelt unter Heranziehung der Inaug.-Diss. A. Hille's 1897, 100 Fälle vaginaler Totalexstirpationen des Uterus aus der Hallenser Frauenklinik, die Mortalitätsverhältnisse ziemlich ausführlich und rechnet für die darunter befindlichen Prolapsoperationen — 33 Fälle — 3,03% heraus, während B. Schlatter, Inaug.-Diss., Basel 1897, eine umfangreiche Zusammenstellung aus der Literatur über Totalexstirpation bei Prolaps — 175 Fälle mit 6,9% Mortalität bringt. — Die Zusammenstellung der Bumm'schen Fälle würde — 80 Fälle, 1 Todesfall p. oper. — 1,2% Mortalität ergeben.

Da eine weitere Umschau in der Literatur mit Ausnahme der oben erwähnten v. Herff'schen Arbeit, die 32 einschlägige Fälle behandelt, keine sonstige Behandlung der Dauerresultate aufweist, so freue ich mich in den von Prof. Bumm in Basel operirten 58 Fällen ein reicheres Material zu haben, aus dem durch Nachfragen und Nachuntersuchungen sich ein ziemlich umfangreiches Material gewinnen liess.

Da das Endergebniss, sowohl was das augenblickliche Gelingen der Operation, als auch die dauernde Heilung betrifft, zweifellos von der Art des Vorgehens abhängig ist, so stehe ich nicht an, in detaillirter Weise das Verfahren Bumm's, das einen mächtigen Anwalt, den Erfolg, für sich hat, zu besprechen. Es ist charakterisiert einmal durch eine besondere

Art Verschluss des Beckenbodens und zum anderen dadurch, dass in allen Fällen Verengerung der Scheide, ev. Dammplastik in derselben Sitzung angeschlossen wird oder richtiger mit der Methode überhaupt verknüpft ist.

Nach gründlicher Desinfection der Bauchdecken und der Scheide wird Patientin in Kreuzrückenlage auf den Bumm'schen Operationsstuhl gebracht, und der Operateur spült die Scheide nochmals mit Sublimat aus. Das Operationsfeld wird freigelegt, indem die Scheide oben und unten angehakt und der prolabirte Uterus hervorgezogen wird.

Der erste Schnitt beginnt oben direkt unter der Urethra-, zungenförmig an der vorderen Seite des Uterus sich hinziehend und hinten 1—2 cm. oberhalb des os externum an der hinteren Lippe zusammenlaufend. Der auf diese Weise gebildete lange vordere Lappen wird von oben nach unten bis zur Cervix abpräparirt und die Blase dabei freigelegt, resp. der Theil der Blase, welcher mit prolabirt ist. Er wird stumpf vom Uterus abpräparirt und nach oben geschoben. Sodann wird der vordere Douglas durch einen horizontalen Schnitt eröffnet und der Uterus an der Umschlagstelle der Peritonealfalte abgeschnitten, damit das Peritoneum eröffnet. Sobald dies geschehen ist, erfolgt Tamponade der Bauchhöhle und sorgfältiges Abbinden der ligg. lata in je 3 Abtheilungen mit Catgut unter Zurücklassung von Tuben und Ovarien in der Bauchhöhle, natürlich nur soweit diese nicht etwa pathologisch verändert sind.

Es folgt das Herauswälzen des Uterus: ein zweiter Schnitt in horizontaler Richtung trennt ihn von der Serosa im hinteren Douglas, und wir erhalten jetzt folgendes Bild des Operationsfeldes: in der Tiefe die beiden Ligamentstümpfe und zwei in horizontaler Richtung parallel zu einander verlaufende Wundränder des Peritoneums. Weiter nach aussen das mit der längeren Achse sagittal gerichtete Oval der Scheidenwunde.

Das Charakteristische der Bumm'schen Methode besteht nun in der Behandlung der beiden Wunden, die ent-

gegen dem Vorgehen aller anderen Autoren ganz gesondert versorgt werden und schon so angelegt sind, dass sie senkrecht auf einander stehen müssen. So wird zuerst Serosa mit Serosa durch fortlaufendes Catgut vernäht und in jedem Wundwinkel der gleichzeitige Ligamentstumpf mitgefasst. Eine zweite Naht vereinigt die Scheidenwundränder in sagittaler Richtung, sodass beide Nähte kreuzweis auf einander liegen. Die oben erwähnte Herausschneidung des zungenförmigen Lappens aus dem vorderen Theil der Scheide war somit die Einleitung zu einer Kolporrhaphia ant., die durch das Zusammenziehen der Wundränder vollendet wurde.

Als letzter Act der Operation wird eine typische Kolporrhaphia post., wo es nöthig erscheint, eine Kolpoperineorrhaphie angeschlossen.

Hatten die Operateure im Anfang alle nicht gewagt, die Bauchhöhle zu schliessen wegen möglicherweise nach innen erfolgender Secretion, so waren sie durch Versuche und Erfahrungen nach und nach, der eine früher, der andere später, — dahingelangt, die Furcht vor durch sofortigen Abschluss entstehende Complicationen aufzugeben und diesen gleich der Operation anzuschliessen. Eine weitere Furcht aber blieb bestehen: die, Serosa an Serosa zu nähen. Gegenüber den verschiedensten Formen von Serosascheidennähten, wie sie Fritsch, Martin, Fuchs hervorzugen, steht Kaltenbach allein mit seiner Peritonealnaht und theilweisem Verschluss der Scheidewunde, wie er sie bei seiner ersten vaginalen Totalexstirpation schildert, wo es allerdings zu einer Heilung per primam intentionem nicht kam. Mit glücklichstem Erfolg verzichtet Bumm auf die von den anderen Autoren geübte Art des Verschlusses und betritt eine neue Bahn mit zwei ganz selbständig zu einander ausgeführten Nähten, deren jede allerdings im Faserlauf des Gewebes, welches sie vereinigt, erfolgt, was für den Dauererfolg der Operation jedenfalls von grossem Einfluss ist. Erhöht wird die Befestigung selbstverständlich dadurch, dass beide Nähte senkrecht auf einanderstehen.

Ein weiteres Moment, das für den Dauererfolg ausschlaggebend ist, beruht darin, dass ein vom Rectum oder der Blase ausgeübter Druck sich nicht unmittelbar dem ganzen Beckenboden mittheilt, sondern gewissermassen erst von dem Peritoneum aufgehalten wird und sich von da auf die Vaginalwände fortpflanzt. Die Vortheile der Methode zu belegen, steht mir glücklicherweise ein so reiches Material zur Verfügung, wie es selten aus derselben Klinik von demselben Operateur geliefert wird. Damit ist eine Forderung erfüllt, die Fehling[1]) dahin formulirt: „Von einem gewissen Wert sind daher nur die Statistiken aus einer und derselben Klinik, und noch besser von einem Operateur.“ Den grössten Theil der hier zusammengestellten Operationen führte Bumm in der Zeit vom 15. Febr. 1898 bis 26. März 1901 an der Baseler Klinik als Director des dortigen Frauenspitales aus, den kleineren Theil als Director des gynaekologischen Institutes zu Halle a. S. vom 1. Juni 1901 bis 31. Oct. 1901.

Da von Dauererfolgen nur bei den weiter zurückliegenden Fällen gesprochen werden kann, so lasse ich ich hier eine Liste der 58 in Basel Operierten folgen, indem ich gleichzeitig das Resultat soweit ich es in Erfahrung bringen konnte, beifüge. Ich habe einen gewissen Wert darauf gelegt, sowohl eine ausführliche Anamnese, als genauen Status vor der Operation und bei der Nachuntersuchung zu geben, um einen Überblick zu schaffen, welcher Erfolg eigentlich erzielt worden ist. Wie bei den durch Herrn Dr. Wormser, 1. Assistent des Frauenspitals zu Basel, und unter seiner Leitung durch mich nachuntersuchten Fällen beim objectiven Befund das Hauptaugenmerk auf Intaktheit des neugeschaffenen Scheidenrohres und auf den Zustand des Dammes gerichtet wurde, so waren wir bemüht, diese Momente auch in der Fragestellung bei brieflicher Erledigung zum Ausdruck zu bringen. Die Erkundigungen nach dem subjektiven Befinden waren schriftlich und mündlich natürlich die gleichen. Das briefliche

1) Fehling, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Stuttgart 1900.

Schema war eine Zusammenstellung von Fragen, die mit ja oder nein zu beantworten waren. Ich lasse hier ein solches folgen und setze die im Falle eines vollständigen Erfolges erwartete Antwort dahinter. In der Aufzählung der Fälle sind die brieflich erfragten und mit einer derartigen Antwort versehenen durch den Vermerk: „Brieflich, voller Erfolg" gekennzeichnet.

Schema:

1. Fühlen Sie sich ganz gesund? Ja.
2. Können Sie arbeiten, insbesondere heben? Ja.
3. Haben Sie wieder drängen nach unten verspürt? Nein.
4. Kommt aus dem Scheidenmund etwas hervor? Nein
5. Tragen Sie wieder einen Ring? Nein.
6. Haben Sie sonst zu klagen über
   Wallungen? Nein.
   Hitzegefühl? Nein.
   Schweissausbruch? Nein.

Von den 58 operirten Fällen haben sich zur Nachuntersuchung in der Poliklinik des Frauenspitals zu Basel 21 Frauen eingestellt; eine Dame aus Basel liess sich durch ihren Hausarzt untersuchen und schickte dessen Befund ein; von 21 Patientinnen liefen briefliche Berichte ein; 13 liessen nichts von sich hören, und 1 ist kurz nach der Operation ad exitum gekommen. Zur Erläuterung dieses Falles verweise ich auf No. 50 der Zusammenstellungen, wo sich das nähere über die betreffende Patientin findet. Diese kam sehr elend zur Behandlung, sodass bei der Operation anstatt Chloroformnarkose Cocaininjektion nach Bier angewandt wurde; anamnestisch war nur zu ermitteln, dass der Urin häufig trübe abgegangen sei. Der Sectionsbefund ergab eine reactionslose Wunde, als Todesursache, Nierenabscesse und Pyelitis purulenta. Damit erübrigt es sich, diesen Fall für die Gefährlichkeit der Totalexstirpationen sprechen lassen zu wollen.

Sehen wir uns alle 58 Fälle näher an, so finden wir, dass Professor Bumm bei der Indicationsstellung sehr peinlich verfuhr, wenn er sich auch nicht streng an die zahlen-

mässigen Gesetze hielt, die andere dafür niedergelegt haben, sondern jeden Fall nach den besonderen Verhältnissen beurteilte. Was das Alter der Patientinnen anbetrifft, so stellen sich die Zahlen wie folgt:

30—35	Jahre	2	Patientinnen,
35—40	„	4	„
40—45	„	5	„
45—50	„	19	„
50—55	„	19	„
55—60	„	3	„
60—65	„	6	„

Von den zwei jüngsten Operirten, deren jede im Alter von 34 Jahren stand, ist zu erwähnen, dass die eine 3 Früh- und 4 Normalgeburten, die andere 6 Geburten durchgemacht hatte. Jede von ihnen hatte bereits eine der conservirenden Operationen erlitten und darnach Recidive bekommen, und bei beiden war der gegenwärtige Zustand unerträglich geworden.

Anschliessend an diese 2 Fälle, die die Forderung Fritsch' erfüllen, dass Exstirpation von Scheide und Vagina erst nach vorhergehenden plastischen Operationen, falls diese erfolglos sind, vorzunehmen sei, ersieht man aus der Zusammenstellung, dass gerade die Patientinnen, die vorher derartige Eingriffe erlitten, die ungünstigsten Erfolge zeigten. Einesteils liegt dies wohl in dem durch das recidivirende Leiden geschwächten Organismus, zum grösseren Teil jedenfalls darin, dass halbe Massregeln ergriffen wurden zu einer Zeit, wo nur ganze helfen konnten, die ganzen aber zu spät kamen. So zeigt sich's, dass von den schon einmal Operirten — Nr. 17, 19, 21, 50, 54 der Zusammenstellung — nur zwei mit vollem Erfolg Totalexstirpation überstanden haben (Nr. 17, 19), 2 dagegen (21, 51) drängen nach unten und leichte Scheidensenkung zeigen, während eine fünfte (Nr. 54) als einzige von allen Nachuntersuchten ein deutliches Recidiv zeigt, eine exitus letalis post operationem wie oben erwähnt.

Um schliesslich die Vorzüge und ev. Nachtheile des Versuchten und Geleisteten zahlenmässig zu erörtern, müssen

wir es an dem mangelhaftesten Testobjekt, der Statistik, abmessen, ganz besonders mangelhaft in diesem Fall, wo in der ganzen einschlägigen Literatur nirgends eine solch' grosse Anzahl vom selben Operateur ausgeführter und nachuntersuchter Fälle gegenüberstehen. Um einen Vergleich, betreffs Dauerheilungen zu ermöglichen, halte ich es für das beste, die von mir gefundenen Werte denen gegenüberzustellen, die Prof. v. Herff in der von ihm hergestellten Tabelle „Über die Dauerresultate der Prolapsoperationen[1]", betreffs 32 Hysterektomieen mit Prolapsoperationen aufführt. Ich sondere zu diesem Zweck Columne V der Tabellen aus, um meine Zahlen darunter zu stellen.

Es ist dies schliesslich der einzige Weg, um einen Massstab für das Geleistete zu finden, obwohl das viel kleinere Material dort mit den grösseren Zahlen hier kaum in Parallele zu stellen ist, aber ein Blick auf die beiden Zahlenreihen zeigt, wie günstig sich die Erfolge hier stellen. Der Deutlichkeit wegen erwähne ich, dass unter der Rubrik „verstorben" alle diejenigen Fälle zusammengefasst sind, die seit Ausführung der Operation ad exitum gekommen sind, gleichgiltig, ob der Tod mit der Operation in irgend einem Zusammenhange steht oder nicht.

Vergleichen wir nun z. B. das Verhältniss der relativen zu den absoluten Heilungen bei v. Herff und Bumm, so finden wir, dass sich dieses bei v. Herff wie 15 : 11, bei Bumm wie 9 : 32 stellt, während z. B. dort die Recidive sich in Form leichter Senkungen und Vorfall von Teilen bis auf 62,0 % belaufen, kommt es hier nur zu 4,6 %. Was die volle Arbeitsfähigkeit betrifft, so stehen den 93 % aus meiner Tabelle 55,1 % aus den gesammelten Fällen v. Herff's gegenüber, ein Resultat, das sicher ein ausserordentliches zufriedenstellendes zu nennen ist und einen grossen Fortschritt in der operativen Prolapsbehandlung bedeutet. Als Beleg für die von mir gefundenen Zahlen möge der beigefügte Abriss der

1) Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekologie. Aus der Kgl. Frauenklinik der Universität Halle a. S. von Otto von Herff 1900.

58 Basler Krankengeschichten mit Status ante et post operationem und den Resultaten der Nachuntersuchung dienen. Ich fasse dieselben hier kurz zusammen, um die Beachtung einmal auf die Wiederherstellung voller Arbeitsfähigkeit und auf die Art und den Grad der Ausfallserscheinungen zu lenken, die einerseits wohl die Folge des bezwungenen Klimakteriums sein mögen, in anderen Fällen, wo es sich um Frauen im klimakterischen Alter handelt, vielleicht nur nach der Operation genauer zur Beobachtung kamen, weil die Betreffenden sich gewöhnt hatten, dem nach der Operation schonungsbedürftigen Körper eine grössere Aufmerksamkeit zu schenken als vorher. Als interessantes Factum ist zu erwähnen, dass die jüngste der Operirten, 34 Jahr alt, (No. 21) keinerlei Ausfallserscheinungen meldet. Die Klagen der anderen Patientinnen beschränken sich der Hauptsache nach auf profuse Schweisse, Schwindel, Nasenbluten, kurz Circulationsstörungen aller Art in menstruellen Intervallen.

Arbeitsfähigkeit.

Art der Operationen	Volle Arbeitsfähigkeit wurde erzielt bei				Zusammen		Verringerte Arbeitsfähigkeit blieb bei				Zusammen		Umf. d. Recidive		Sicher nachgew. Ursache d. geschehenen Recidive						
	a) voller lokalen Heilg.		b) teilweiser lokalen Heilung				a) voller lokalen Heilg. (andere Ursache		b) teilweiser lokalen Heilung				a) leichte Senkung, ohne Vorfall	b) sichtb. Vorf. (Cystoc., Rectocele etc.)	Geburten	Schlaffheit der Gewebe	Dammnr. schlecht verheilt. Damm zu weite Öffnung	Loslös. d. Uterus v. seiner Anheftung			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	S	S	S	S	S			
Hysterectomien mit Prolapsoperationen	9	31%	7	24,1%	16	55.1%	2	6.8%	11	37.9%	13	44.8%	4	9	—	10	4	—			v. Herff
Vaginale Hysterectomien mit Prolaps-op. v. Prof. Bumm a. d. Basler Frauen-Kl.	30	69.9%	10	23.2%	40	93%	2	4.6%	1	2.3%	3	6.9%	14	—	—	14	—	—			Bumm

Heilung.

Art der Operationen	Gesammtzahl	Verstorben	Verwertbare Fälle		Untersuchte Fälle		Relat. Heilg. kein Vorfall v. Teilen		Absol. Heilg. (Restitutio ad integrum)		Leichte Senkung u. Vorfall von Teilen		Untersucht wurden von den absoluten Heilungen		Untersucht wurden von den relativen Heilungen		Voller Misserfolg		
			S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
Hysterectomien mit Prolapsoperationen	32	2	29	96.6%	15	51.7%	15	51,7%	11	37.9%	18	62.0%	4	26.6%	8	55.3%	2	—	v. Herff
Vaginale Hysterectomien mit Prolaps-op. v. Prof. Bumm a. d. Basler Frauen-Kl.	58	2	43	74.1%	22	51.2%	9	20.9%	32	74.4%	2	4.6%	12	37.5%	9	100%	—	—	Bumm

Zusammenfassung.

43 verwerthbare Fälle,

30 mit voller lokaler Heilung und voller Arbeitsfähigkeit,

10 mit theilweiser lokaler Heilung und voller Arbeitsfähigkeit,

3 mit voller lokaler Heilung und nicht voller Arbeitsfähigkeit aus anderen Ursachen,

22 ohne alle Ausfallserscheinungen, darunter:

5 Pat. im Alter von 50—60 Jahren
14 „ „ „ „ 40—50 „
3 „ „ „ „ 30—40 „

6 mit Ausfallserscheinungen, die schon vorher bestanden haben, darunter:

2 Pat. im Alter von 50—60 Jahren
2 „ „ „ „ 40—50 „
2 „ „ „ „ 30—40 „

15 mit Ausfallserscheinungen, die erst nach der Operation aufgetreten sind, darunter:

6 Pat. im Alter von 50—60 Jahren
6 „ „ „ „ 40—50 „
3 „ „ „ „ 30—40 „

Da sich, wie schon erwähnt, ausser der v. Herff'schen Arbeit nirgends eine grössere Reihe von nachuntersuchten Prolapsoperationen findet, so dürfen die bei den Bumm'schen Operationen gefundenen Werte, namentlich da es sich um relativ grosse Zahlen handelt, dazu beitragen neues Licht über die Dauerresultate zu verbreiten und zu beweisen, dass sobald die Operationstechnik dabei auf der Höhe steht, die Erfolge ausserordentlich befriedigende sind. Ich betone hier ausdrücklich, dass wir uns bei der Nachuntersuchung an die strengen Forderungen hielten, die Prof. v. Herff sich bei den seinen vorgeschrieben hatte und so oft zu einem für uns nicht ganz befriedigenden Resultate kamen, welches die Patientinnen noch als ein äusserst günstiges betrachteten und mit dem sie sich sehr wohl und glücklich fühlten.

Zu den 58 Baseler Fällen kommen bis 1. Juli 1902 bis zu welchem Datum die Zusammenstellung geführt ist, noch 22 Fälle, die Prof. Bumm seit Mai 1901 in Halle operirte. Es handelt sich um Frauen im Alter von 32 - 60 Jahren. Der Wundverlauf war bei allen ein glatter, sodass sie nach 3—4 Wochen als vollständig Geheilte aus der Klinik entlassen werden konnten und bei der Entlassung weder Andeutungen von Recidiven zeigten, noch sonst irgendwelche Störungen der Harnwege oder der Defaecation zu klagen hatten. Da es für die Nachuntersuchung von Fällen, die vor so kurzer Zeit erst operirt sind, noch zu früh ist, so wird es, wie schon erwähnt, für später vorbehalten, sie zu bearbeiten.

Mögen die vorläufig hier gegebenen Zahlen dazu anregen hie und da die Indicationsstellung für Totalexstirpation bei Prolaps zu erweitern. Jedenfalls ist einer grossen Anzahl von Frauen viel mehr mit dem radicalen Verfahren geholfen, als durch eine Pessarbehandlung, die sie nötigt, ununterbrochen in ärztlicher Behandlung zu bleiben, ganz abgesehen davon, dass für viele Prolapse ein Zeitpunkt kommt, wo Ringe und Pessarien wirkungslos werden und dass — wie ein Blick auf die verschiedenen Krankengeschichten überzeugend lehrt —, die conservativeren Operationsmethoden nur einen Uebergang zu dem Radikalverfahren bilden.

Zum Schluss erübrigt mir die angenehme Pflicht, Herrn Professor Bumm für die gegebene Anregung und für Überlassung des Materials meinen besten Dank auszusprechen.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat. d.
1	47	II. 1898	Frau L. St, 5 normale Geburten, nach deren letzter eine Senkung des Uterus eintrat, die sich im Lauf der letzten Jahre zum Prolaps ausbildete. Ring wurde einige Jahre getragen, musste dann wegen Schmerzen abgelegt werden. Seit Herbst 1897 Beschwerden beim Wasserlassen.	Damm ca. 2 cm hoch. Vulva weit klaffend; aus ihr ragt ein faustgrosser roter Tumor mit lederiger Oberfläche heraus. Vorderes Scheidengewölbe total invertirt, hinteres ca. 2 cm lang. Auf der Höhe des Tumor das os ext.	27. III. 1898
2	44	17. II. 1898	Frau R. S., 6 normale Geburten, bei deren letzter ein Dammriss entstand, der nicht genäht wurde, seitdem Gefühl, als senke sich etwas herab im Unterleib. 1894 Prolaps. Von da ab trug Patientin verschiedene Ringe, die aber derartig genirten, dass Patientin sie wegliess. Nun nahm Prolaps derartig zu, dass Pat. in der Arbeit stark behindert war.	Damm narbig, 2 cm hoch. Aus der Vulva ragt die in eine grosse vordere und hintere Lippe gespaltene Portio; Os ext. ist mit Erosionen bedeckt. Sonde dringt nach hinten 12 cm tief ein. Vorderes Scheidengewölbe vollst. invertirt; Cystocele; hinteres steht noch 4 cm hoch.	1. III. 1898
3	51	21. II 1898	Frau M R, 2 normale Geburten, letzte 1872, seitdem Prolaps, der erst wenig Beschwerden machte, sich aber dann bis Hühnereigrösse vorwölbte, sodass Pat. seit 8 J. einen Ring tragen musste, der ihr aber vielfach Schmerzen verursacht und sie hindert, das Wasser zu halten. Seit April 97 Menopause.	Vulva weit klaffend. Vordere Vaginalwand prolabirt, hintere noch 4 cm hochstehend; Cystocele. Damm narbig, ca. 3 cm hoch. Portio dick, klaffend, liegt vor der Vulva; Cervix verlängert. Corpus retroflectirt, nicht vergrössert.	1. III. 1898
4	47	14. III. 1898	Frau L. S., 5 Geburten, erste i. J. 1885 m. Dammriss, letzte 1891. Seit Frühjahr 1897 Senkungserscheinungen, nach $^1/_2$ J. Prolaps. Ein eingelegter Ring fiel heraus, ein grösserer machte der Pat. Beschwerden, sodass sie ihn selbst entfernte. Prolaps nimmt zu bis über Faustgrösse; Beschwerden beim Urinlassen.	Vulva weit klaffend; vordere Vaginalwand prolabirt, Cystocele, hintere noch hochstehend. Damm narbig, noch ca. 3 cm hoch. Portio gewulstet u. klaffend, lässt sich vor die Vulva ziehen. Cervix verlängert.	22. III 1898

Operation	Dat. u.	Befund b. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
Totalexstirpation des Ut. per vaginam mit vollst. Verschluss der Bauchhöhle. Resection der Scheide. Kolporrhaphia ant. Lawson-Tait. Tampon in Vagina 24 Stunden. Wundheilung per primam int.	25. IV. 1898	Alle Beschwerden behoben. Patientin ist voll arbeitsfähig.		Hat nicht stattgefunden; ohne briefliche Antwort.
Vagin. Total-Exstirp. d. Uterus; Resection der Scheide. Kolpoperineorrhaphie nach Martin-Hegar. Vollst. Verschluss der Bauchhöhle.	28. III. 1898	Patientin geheilt und voll arbeitsfähig, alle Beschwerden behoben.		Hat nicht stattgefunden; briefliche Antwort nicht eingetroffen.
Vaginale Totalexstirp. d. U., Resection der Scheide. Bumm's Peritonealnaht. Hintere Kolpoperineorrhaphie nach Martin-Hegar.	28. III. 1898	Vulva geschlossen, alle Nähte per primam geheilt. Beim Pressen wölbt sich nichts vor.		Hat nicht stattgefunden; brieflich voller Erfolg; zeitweilig Schweissausbruch.
Vaginale Totalexstirp. d. Ut. Resection der vorderen Scheidenwand. Verschluss der Bauchhöhle nach Bumm. Lawson-Tait.	18. IV. 1898	Alle Nähte per primam geheilt. Vulva gegeschlossen; beim Husten wölbt sich nichts vor.		Hat nicht stattgefunden; briefliche Antwort ist ausgeblieben.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat. d.
5	42	21. III. 1898	Frau Bl. B., 5 Geburten, bei I. 78, III. 85, V. 92 starke Dammrisse. Nach der 1. Geb. leidet Pat. an stechenden Schmerzen im Kreuz und einem Gefühl von nach unten drängen, nach 2. Geb Senkung des Ut., sodass Pat. einen Ring trägt; während 3. Schwangersch. ging Senkung zurück, doch musste Pat. nach erfolgter Geburt wieder einen Ring tragen. Seit Neujahr 97/98 kann Pat. den Ring weg. Schmerzen nicht mehr tragen, ist durchaus arbeitsunfähig. Urin trübe und blutige Beimengungen enthaltend.	Vulva und Vagina klaffend; alter Dammriss: Damm kaum 1,5 cm hoch. Vordere Vaginalwand mit Harnblase vorgewölbt; hintere Vaginalwd. sehr schlaff, wölbt sich beim pressen vor. Portio, in der Vulva stehend, zeigt grosse Erosionen beider Lippen. Corpus gross, retrovertirt.	29. III. 1898
6	60	4. IV. 1898	Frau S.-W., 12Geb., 4 Zangen, 3 Querlagen, 3 Fusslagen; letzte Periode Weihnachten 97. Descensus begann vor 3—4 Jahren, bald darauf Prolaps. Wegen Schlaffheit der Gewebe wurden Ringe nicht gehalten. Pat. klagt Urinbeschwerden und starke Schmerzen im Kreuz und Unterleib.	Vulva klaffend; in derselben vordere Vaginalwand und Portio sichtbar. Damm niedrig, vernarbt. Portio plump, mit Erosionen, die z. Theil epidermisirt sind. Uterus retrovertirt, mässig verlängert.	10. IV. 1898
7	52	9. IV. 1898	Frau D. G., 3 Geburten: I. Zwillinge, beide per forceps extrahiert, II. Forceps, III. Wendung. Seit einem Jahre Menopause. Prolaps besteht seit einer Reihe v. Jahren; Pat. weiss nicht anzugeben, wielange, nur dass er grosse Beschwerden machte, klagt Obstipation und Schmerzen beim Wasserlassen.	Vulva klaffend; Damm bis auf eine schmale Brücke eingerissen. Vordere und hintere Vaginalwd. wulstig prolabirt. Portio stark höckrig; Corpus vergrössert, verdickt, retrovertirt. Carcinoma cervicis?	26. IV. 1898

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
aginale Totalexstir-)ation d. U. Verschluss ler Bauchhöhle nach Bumm. Resection d. vord. Scheidenwand. Kolpoperineorrhaphie n. Martin-Hegar.	28 IV. 1898	Alle Nähte p. p. i. geheilt; beim pressen wölbt sich nichts hervor; subjectiv. Wohlbefinden.		Hat nicht stattgefunden, briefliche Antwort nicht erfolgt.
ie oben.	3. V. 1898	Wie oben.	7. VIII. 1901	Damm fest; Scheidenrohr weit, für den Finger durchgängig bis zur Höhe der Spinallinie. Beim pressen senkt sich die vordere Scheidenwand herab, tritt aber nicht zum Scheidenmund heraus. Pat. ist sehr zufrieden mit der Operation, erklärt sich für voll arbeitsfähig u. klagt nur über selten auftretendes Hitzgefühl.
ginale Totalexstir- ation. Resection d. ord. Scheidenwand awson-Tait. erschluss der Bauch- öhle n. Bumm.	20. V. 1898	Alle Nähte p. p. i. geheilt; beim pressen keine Vorwölbung. Vulva geschlossen.	10 VIII. 1901	Vulva bildet eine schmale Spalte. Scheide lang, bequem für einen Finger durchgängig. Beim pressen drängt sich das vordere Scheidengewölbe ganz minimal vor, doch bleibt Scheidengrund hoch. Pat. ist mit dem Erfolg sehr zufrieden, voll arbeitsfähig. Harnentleerung, Defaecation in Ordnung.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat. d
8	40	19. IV. 1898	Frau K. Sch., 7 normale Geburten, 4 Aborte; seit dem letzten Abort vor 4 Jahren Prolaps und damit verbunden heftige wehenartige Schmerzen im Unterleib, die durch den Versuch einen Ring zu tragen, stark gesteigert werden.	Vulva klaffend. Alter Dammriss. Hintere u. vordere Vaginalwand prolabirt. Corpus ut. klein, stark nach unten getreten; Portio steht nach vorn; hintere Muttermundslippe erodirt. Cervicalkatarrh.	26. IV. 1898
9	59	30. V.	Frau L., seit 2 Jahren Menopause. Prolaps soll schon lange bestehen und in den letzten Jahren durch Ringe nicht mehr zurückzuhalten gewesen sein.	Vulva klaffend; davor liegt ein hühnereigrosser Tumor mit Erosionen. Descensus uteri, wenig verlängert; Portio stark erodirt, vor der Vulva.	2. VI. 1898
10	51	31. V. 1898	Frau P. Sch., 6 normale Geburten in den Jahren 72 bis 83; seit erster Geburt Vorfall, der mit jedem ferneren Partus zunahm und in den letzten Jahren durch schwere Arbeit sich noch mehr verschlimmerte. Kreuzschmerzen, Urinbeschwerden.	Vulva weit klaffend, davorliegend ein faustgrosser Tumor, durch die invertirte Scheide, welche fast die ganze Blase mit herabgenommen hat, gebildet. Corpus uteri klein, retrovertirt, völlig vor der Vulva liegend. Erosionen d. Portio.	3. VI. 1898
11	48	9. VI. 1898	Frau B. G., 6 normale Geburten, 7. per forceps i. J. 1877. Vorfall besteht seit 1883; Pat. trug anfangs Ringe, die später nicht mehr hielten. Seitdem leidet Pat. viel an Kreuz- und Leibschmerzen. Prolaps trat immer mehr vor; Allgemeinbefinden schlecht.	Zittern in Armen und Beinen. Vulva klaffend; davor liegt ein Taubeneigrosser, roter Tumor. Damm niedrig mit alten Narben. Hinteres Scheidengewölbe steht noch ziemlich hoch. Vord. Scheidengewölbe herabgetreten Cystocele. Uterus klein, atrophisch, leicht retrovutirt.	14. V. 1898

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
Vaginale Totalexstir. d. U. Resection der vorderen Scheidenwand Kolpoperineorrhaphie n. Martin-Hegar. Verschluss d. Bauchhöhle n. Bumm.	21. V 1898	Alle Operationswunden p. p. i. geheilt. Vulva und Vagina eng; im Scheidengewölbe granulirende Flächen; beim pressen keine Vorwölbung.	28. VII. 1901	Vulva für einen Finger bequem durchgängig; links neben d. Scheidennarbe ein kleines unempfindliches Knötchen. Vagina lang, mittelweit; beim pressen tritt nichts herab. Subject. Befinden gut, volle Arbeitsfähigkeit, klagt über Wallungen in vermutlich menstruellen Intervallen, an denen sie aber schon vor der Operation will gelitten haben. Bis etwa $^1/_2$ J. nach der Operation hatte sie Krämpfe im Leib, die sich seitdem verloren haben.
Wie oben!	25. VI. 1898	Alle Operationswunden p. p. i. geheilt; beim pressen keine Vorwölbung.	1. VIII. 1901	Nachuntersuch. des Hausarztes Herrn Dr. Haegler, Basel. Scheide nirgends prolabirend; keinerlei Anzeichen eines drohenden Recidivs; Narbe ohne Druckempfindlichkeit u. ohne Resistenzen. Pat. ist voll arbeitsfähig, kann Lasten heben, klagt keinerlei Schwerzen od. nervöse Störungen.
Wie oben!	25. VI. 1898	Alle Operationswunden p. p. i. geheilt; Damm ca. 7 cm hoch, fest. Vagina sehr lang; beim pressen keine Vorwölbung.		Nachuntersuchung hat n. stattgefunden. Briefliche Antwort fehlt.
Vagin. Totalexstir. d. U. Resection d. vorderen Scheidenwand. Lawson-Tait. Mitten i. d. Vaginalnaht wird eine kl. Öffnung freigelassen f. einen Tampon, da Peritoneum sich so brüchig zeigte, dass d. Naht verschiedentlich einriss.	11. VII. 1898	Alle Wunden p. p. i. geheilt; Vulva eng, geschlossen; Damm hoch; Vagina lang, eng; im Scheidengewölbe eine eingezogene, noch granulierende Narbe; beim pressen wölbt sich nichts vor.		Nachuntersuchung hat n. stattgefunden. Briefliche Antwort fehlt.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat. d.
12	58	18. VI. 1898	Fräulein B., eine normale Geburt, darnach Prolaps, der zuerst durch Ringe gehalten werden konnte, was seit einem Jahre unmöglich ist. Seit einigen Jahren Menopause.	Vor der Vulva liegt ein faustgrosser Tumor, gebildet von der vorderen total und der hinteren partiell invertirten Scheidenwand. An d. Kuppe desselben findet sich die stark erodirte Portio; Corpus klein, retrovertirt, im Prolaps liegend.	22. VI. 1898
13	52	19. VII. 1898	Frau K. B. Nähere Anamnese fehlt!	Vordere Scheidenwand ganz, hintere zum Teil prolabirt, einen Tumor bildend, der bei ruhiger Rückenlage in der Vulva liegt, beim pressen und aufstehen vor diese tritt. Starke Schmerzen b. Urinlassen.	23. VII. 1898
14	47	19. VII. 1898	Frau Sch. K., 9 normale Geburten von 1873–1895, 1890 Frühgeburt mit Auskratzung. Prolaps besteht seit 1892; Ringe werden seit 1895 getragen, da Prolaps durch letzte Geburt stark vergrössert war. In letzter Zeit fleischwasserartiger übelriechender Ausfluss nach der Periode. Abmagerung.	Vagina schlaff, weit; beim pressen wölben sich beide Vaginalwände hühnereigross vor. Portio gewulstet, leicht klaffend, in der Vagina sichtbar. Corpus unten normal gross, retrovertirt; Abgang von schleimig blutigem Sekret. Endometritis interstitialis.	28. VII. 1898
15	47	28. IX. 1898	Frau O., 1 Geburt (Zange u. Perforation) im Jahre 1895 mit 44 Jahren, danach nichts von einem Vorfall bemerkt. Vor einem Jahr soll sich ein grosser Tumor plötzlich beim Heutragen aus der Scheide vorgedrängt haben. Beschwerden bei Harnentleerung.	Aus der Vulva hängt ein über Mannsfaust grosser cylindrischer Tumor heraus. Vordere Vaginalwand vollständig invertirt, hintere steht noch etwa 1 cm hoch; Cystocele. Cervix descendirt, oedematös geschwollen, elongirt, um das doppelte des Uterus verlängert. Muttermund stellt eine etwa 5 Frcs-Stück grosse, leicht blutende Öffnung dar.	6. X. 1898

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
ginale Totalexstir- ation d. U. Resection er vorderen Schei- enwand. Kolpoperi- neorrhaphie n. Martin negar. Verschluss der Bauchhöhle n. Bumm	21. VII. 1898	AlleOperationswunden p. p. i. geheilt. Damm hoch; Scheide lang, darin noch einige Silkwormnähte, die es wegen der Steifigkeit der Pat. nicht gelingt zu entfernen.		Nachuntersuchung hat n. stattgefunden! Briefliche Antwort fehlt!
e oben!	20. VIII 1898	AlleOperationswunden p. p. i. geheilt. Damm fest; Scheide lang.	5. VIII 1901	Vulva geschlossen, Vagina lang, beim pressen drängt sich nichts vor. Scheide hoch, frei, nicht druckempfindlich. Patientin klagt über zeitweises brennen und Schmerzen beim Wasserlassen. Wie vor der Operation, so klagt sie auch nach derselben über Hitze und Kopfweh in etwa 4 wöchentlichen Intervallen. Volle Arbeitsfähigkeit.
e oben!	22. VIII 1898	AlleOperationswunden p. p. i. geheilt. Vulva geschlossen; Damm hoch, fest. Im Scheidengewölbe kleine eingezogene Narbe.	29. VII. 1901	Vulva geschlossen, Damm hoch, Scheide lang. Beim pressen drängt sich nichts vor. Subjectives Wohlbefinden; Stuhlgang und Wasserlassen in Ordnung. Alle 4 Wochen leichte Schwindelgefühle. Volle Arbeitsfähigkeit.
e oben! hlbefinden der Pat. s 18. X., darnach chter Schüttelfrost; ds 104; Temp. 38,3; usten und rötlich ge- bbtes Sputum. In e Vagina werden mpons eingelegt, Herausnahme folgt emlich viel Eiter. eue Tamponade. ntersuch. zeigt in r Vagina einige eine Fisteln, Verei-	3. XI. 1898	Resections-u. Kolpoperineorrhaphiewunde p. p. i. geheilt. Vaginalwunde per sec. int., überall glatte Narben. Damm fest und hoch; Scheide eng; beim pressen drängt sich nichts vor.	3. VIII. 1901	Nachuntersuch. hat nicht stattgefunden. Brieflich wird voller Erfolg gemeldet. Patientin schreibt ausserordentlich zufrieden. Dass volle Arbeitsfähigkeit vorhanden, geht am besten daraus hervor, dass Patientin nicht persönlich sich zur Untersuchung einstellen kann, weil sie mit der Erntearbeit überhäuft ist.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat.
16	53	18. X. 1898	Frau G. E., 11 normale Geburten; Pat. stand stets am Tage nach der Geburt wieder auf. Seit 20 J. bemerkt Pat., dass sich im Leib etwas senke; seit $^1/_2$ J. Gefühl von Spannung und Schwere i. Unterleib. Gleichzeitig will Patientin bemerkt haben, dass aus der Vulva eine etwa apfelgrosse Geschwulst hervorgetreten ist. Patientin hat schleimig-eitrigen Ausfluss, Beschwerden beim Uriniren und fühlt sich sehr elend.	Vulva stark klaffend; aus derselben ragt eine hühnereigrosse Geschwulst hervor. Vordere Scheidenwand total prolabirt, hintere theilweise. hinteres Scheidengewölbe noch erhalten. Cystocele Damm schlaff. Uterus tiefstehend, retrovertirt. Portio dick, wulstig, Muttermund klaffend, von starken Erosionen umgeben.	22. X. 1898
17	48	31. X. 1898	Frau B. R. wurde i. J. 1888 wegen Totalprolaps d. vorderen Vaginalwand mit Cystocele und Elongatio colli operirt, und zwar wurde vorgenommen: Amputatio colli uteri; Kolporrhaphia ant. duplex (Fehling). Kolpoperineorrhaphie (Hegar). Pat. geheilt entlassen. Darnach cessirten 1 J. lang die Menstrualblutungen; Patientin verfiel in Melancholie und musste 28 Wochen in einer Heilanstalt zubringen. I. J. 92 normale Geburt; darnach fühlte Pat. wieder etwas unten hervortreten, bekam einen Ring, der seit 95 nicht mehr ertragen wird. Seitdem starke Schmerzen beim Gehen; reichlicher Ausfluss und erschwerte Urinentleerung.	Vulva klaffend, vor derselben liegt ein faustgrosser Tumor, an dessen Kuppe der Muttermund, von zahlreichen Erosionen umgeben, sichtbar ist. Vaginalwände sind so vollständig invertirt, dass weder ein vorderes, noch ein hinteres Scheidengewölbe besteht. Cystocele, Damm schlaff, mit alten Operationsnarben. Uterus retrovertirt. Sondenlänge 11 cm.	15. XI. 1898

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
ɔrungen von Stich-anälen. Unter geeig-eter Behandlung ehen Ausfluss und iterung zurück, so-ass Pat. am 3. XI. ls geheilt zu be-achten ist.				
ie oben!	44. XI 1898	Wunde im Vaginalrohr mit noch frischen Granulationen bedeckt, ebenso die äusseren Wunden. Vulva geschlossen, Damm hoch, keine Vorwölbung beim pressen.	16. VI. 1899	Damm ca. 6 cm. hoch, beim Husten drängt d. vordere Vaginalwand ein wenig nach unten. Beckenboden straff; Vagina 9,5 cm lang.
			30. VII. 1901	Brieflich berichtet Pat. über vollen Erfolg, betont, dass es ihr in jeder Beziehung gut gehe und sie jede Arbeit von früh bis spät verrichte.
ie oben!	10. XII 1898	Vulva geschlossen; Damm hoch; Wunden p.p.i.getheilt; Scheide kurz; keine Vorwölbung beim pressen.	4. VIII. 1901	Nachuntersuchung hat nicht stattgefunden; dagegen schreibt Patientin, dass sie eine solche nicht für nöthig halte, da sie ganz gesund sei, alles arbeiten könne und über den Erfolg der Operation sich ganz glücklich fühle. Den Fragebogen beantwortet sie mit vollständigem Erfolg.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat.
18	45	31. X 1898	Frau U. W., 3 Geburten, steht jetzt im Klimakterium. Bei 1. Geburt vor 15 J. erlitt sie einen Dammriss, der nicht genäht wurde. Bei den späteren Schwangerschaften bemerkte Pat. einen starken Druck nach unten. Seit 1 J. Prolaps; Ringe hielten nicht. Es besteht blutig-wässeriger Ausfluss.	Vulva klaffend; Damm 2 cm hoch. Hintere Vaginalwand ganz herabgetreten, vordere liegt ebenfalls tief. Uterus descendirt, retrovertirt. Portio klaffend mit dunkelroten Erosionen.	28. X 1898
19	50	14. XI. 1898	Frau Sch. S., 4 normale Geburten. Vor 23 Jahr. wurde Pat. wegen Uterussenkung operirt. Drei Jahre später letzte Geburt mit starkem Dammriss der genäht wurde. Darnach erneute Senkung der Genitalien, röthl. Ausfluss, Kreuzschmerzen; seit 6 Woch. Urinträufeln. Seit 10 Jahren Menopause.	Vulva klein, geschloss. Hintere Commissur bildet eine ca. 1 cm breite Brücke, die schlaff u dehnbar ist Der Damm ist fast ganz zerstört. An seiner Stelle findet sich hint. oben erwähnter Brücke ein mehr als 5 Fresstück grosses Loch, aus dem die invertirte Vagina und der Uterus in Form eines faustgrossen mit verhornter Epidermis bekleideten Tumors herausfällt.	19. X 1898
20	34	20. II. 1899	Frau M. B, 8 Geb., darunter dreimal per forceps. Nach 3. (normaler) Geb. merkte Pat. bereits eine Senkung. In den letzten 8 Jahr. trug Pat. Ringe, die theilweise Besserung bringen; aber in den letzten Jahren nicht mehr halten. Während der Arbeit fällt Tumor apfelgross vor die Vulva und wird der Pat. sehr beschwerlich.	Vulva klaffend; alter Dammriss. Vordere Vaginalwand ist hühnereigross prolabirt; hintere ebenfalls mit vorgefallen. An der vorderen Lippe Erosionen. Corpus in Retroversionsstellung.	28. II 1899

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
Wie oben!	21.XII. 1898	Operationswunden p.p. i. geheilt; Damm fest, hoch; Vulva eng; keine Vorwölbung beim pressen.	3. VIII. 1901	Nachuntersuchung hat nicht stattgefunden. Brieflich voller Erfolg!
Vaginale Totalexstirpation d.U. Resection der vord. u. hinteren Scheidenw. in einem Schnitt. Nachdem Bumm'sche Peritonealnaht die Bauchhöhle abgeschlossen hat, wird die Anfrischung vorn durch eine Catgutnaht verschlossen und diese mit einer Silkwormverstärkg. ausgelegt. Hinten wird dasselbe angestrebt; wegen zu starker Spannung der Gewebe muss aber noch eine Transversalnaht angelegt werden. Uterus ist sehr schwer aus seinen Verwachsungen zu lösen.	4. IV. 1899	Damm narbig, derb; Vulva leicht klaffend; beim pressen drängt nichts vor. Vagina ist in der Mitte zu einer engen Oeffnung zusammengezogen.	11.XII 1899	Vulva leicht klaffend; Damm fest; Vagina sehr eng, für den kleinen Finger durchgängig. Scheidengewölbe 6 cm lang, straff. Seit der Operation subjectives Wohlbefinden u. volle Arbeitsfähigkeit.
Vaginale Totalexstirpation d.U. Kolporrhaphia ant. (Resection der vord. Scheidenwand.) Kolpoperineorrhaphie nach Martin-Hegar. Verschluss der Bauchhöhle nach Bumm.	20. III. 1899	Wunden p. p. i. geheilt. Entfernung der äusseren Fäden. Damm fest, Scheide hoch, keinerlei Vorwölbung.	1.VIII	Nachuntersuchung hat nicht stattgefunden. Briefliche Mittheilung meldet vollen Erfolg. Ehemann der Pat. spricht besonders seinen Dank für die vortrefflich gelungene Operation aus.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat. d
21	34	23. II 1899	Frau L. S., 6 Geburten von 1890—98. Pat. wurde im März 97 wegen prolapsus vag. ant. cum cystocele et retroflexio et descensus uteri im Baseler Frauenspitale operirt: Kolporrhaphia ant., Kolpoperineorrhaphie; Vaginal-fixatio lig. rot. 11 Wchn. darnach stellte sich Pat. wieder vor, und die Verhältnisse lagen so, dass Pat. ein Pessar tragen sollte, das aber nicht hielt. Es folgte die 6. Schwangersch., und bald nach der Geburt war der Tumor nuss-, nach 4 Wochen faustgross vorgefallen. Urinentleerung sehr beschwerlich.	Vagina und Damm schlaff. Scheidengewölbe wenig descendirt; der in der Vulva liegende Tumor ist hauptsächlich von dem herabgetretenen, dünnen und lang ausgezogenen Uterus gebildet. Portio stark hypertrophirt; an der vorderen Lippe Erosionen.	
22	52	27. II. 1899	Frau L. E., 5 Geb., letzte im Jahre 1880, seit 2 Jahr. unregelmässige Blutgn., letzte vor 4 Mon. Senkung der Gebärmutter soll schon nach erster Geburt vorhanden gewesen sein, nach 4. Geb. deutlich. Prolaps, der hühnereigross in der Vulva sichtbar war. Nach letzter Geburt wurde zeitweis ein Pessar getragen Seit 5 J. nimmt Prolaps stetig zu, liegt jetzt faustgross vor der Vulva.	Vulva klaffend; Damm vernarbt. Scheide vollständig invertirt, einen grossen Tumor bildend. Portio klaffend, Corpus ut. retroflectirt; Collum elongirt, Sondenlänge 11 cm.	4. IV 1899
23	51	15. III. 1899	Witwe Sch. B., 3 Geburten in den Jahren 78, 85, 86, erste per forceps. Seitdem besteht Prolaps, der zuerst durch Ringe zurückgehalten wurde, die aber Ausfluss verursachten. Im Verlauf der letzten Jahre wurde der Versuch gemacht, ein Hysterophor zu tragen, dieses aber wegen der gross. Unbequemlichkeiten wieder abgelegt. Pat. klagt starke Behinderung bei der Arbeit u. über das Gefühl, als falle unten Alles heraus. Menopause seit 3 Jahren.	Damm bis auf den After eingerissen. Vordere Scheidenwand total, hintere teilweise invertirt; am orificium ext. ein Markstück grosses Geschwür. Uterus retrovertirt, Sondenlänge 10 cm.	21. III 1899

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
Vie vorstehend.	30. III. 1899	Damm gut geheilt, fest. An der vorderen Vaginalw. sind die Nähte theilweise durchgeschnitten; Entfernung derselben. Wundhlg. p. p. i.	2. VIII. 1901	Nachuntersuchung hat nicht stattgefunden. Brieflich voller Erfolg, nur will Pat manchmal etwas dräng. nach unten verspüren. Zu bemerken ist, dass die 34j. Pat. keinerlei Ausfallserscheinungen klagt.
Vie vorstehend.	30. III. 1899	Operationswunden gut verheilt, Damm fest, Vagina hoch, keine Vorwölbng. b. pressen.		Nachuntersuchung hat nicht stattgefunden; briefliche Antwort fehlt.
Vie vorstehend. Beim Ablösen des Uterus wird Blasenmuskulatur lädirt u. sofort mit fortlaufendem Catgut genäht.	22. IV. 1899	Damm 4 cm hoch, vollständ. verheilt. Scheide eng. Keinerlei Vorwölbung.	2. VIII. 1901	Nachuntersuchung hat nicht stattgefunden. Den Fragebogen beantwortet Pat. dahin, dass ihr subjectives Befinden nicht immer ein gutes sei und sie sich manchmal nicht voll arbeitsfähig fühle. Was die örtlichen Verhältnisse des Genitaltractus angeht, so liegen diese voll befriedigend. Pat. will zeitweise an Wallungen und Hitzgefühl leiden.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat. d.
24	45	22. III. 1899	Frau R. A., 9 Geburten von 75—94, deren erste sehr schwer war, u. nach welcher sofort ein hühnereigrosser Prolaps zum Vorschein kam Pat. trug bis zur folgenden Geburt und überhaupt in den Intervallen zwischen den Geburten Ringe. In Folge d. Ringtrag. machte sich starker Fluor albus bemerkbar. Ring wurde abgelegt. Nun machte der Vorfall starke Behinderung bei der Arbeit und erschwerte Urinentleerung.	Vordere Scheidenwand total, hintere partiell invertirt; Damm 2,5 cm hoch. Uterus gross, retroflectirt, Sondenlänge 11 cm.	28. III. 1899
25	50	24. III. 1899	Frau W. W., 4 normale Geburten 1871-82, 86 ein Abort. Erst im Jahre 92 wurde ein nussgrosser Tumor sichtbar, der sich allmählich vergrössert. Seit 96 wird ein Pessar getragen, das häufig Schmerzen machte; vor einigen Mon. wurde ein neuer Ring eingelegt, der Pat. bei der Arbeit hinderte. Klimakterium seit 5 Jahren ohne Beschwerden.	Vulva weit, Vagina schlaff; vordere Vaginalwand total, hintere partial invertirt; in der Vulva liegt ein hühnereigrosser Prolaps. Corpus uteri klein, anteflectirt, hart.	29. III. 1899
26	64	24. IV. 1901	Frau St. D., 7 normale Geburten. Prolaps trat erst 2 Jahre nach Beginn der Menopause auf durch schwere Arbeit. Pat. trug mehrere Jahre ein Pessar, das seit einigen Monaten wegen Schmerzen und blutigem Ausfluss nicht mehr ertragen wird. Menopause seit 10 Jahren.	Vulva weit klaffend, Damm 3 cm hoch, vordere Scheidenwand zum grössten Teil, hintere in geringerem Masse invertirt. Uterus retrovertirt, verlängert, tritt zum grössten Theil vor die äuss. Genitalien. Geschwüre der Portio.	10. V. 1899

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
iginale Totalexstir- ation d. U. Vordere cheidenresection. olpoperineorrhaphie ach Martin-Hegar. umm'scher Verschl. er Peritonealhöhle.	27. IV. 1899	Damm fest, fast 5 cm hoch, Scheide lang, Glatte Narben.	3.VIII. 1901	Nachuntersuchung hat nicht stattgefunden. Brieflich voller Erfolg.
ie vorstehend!	24. IV. 1899	Damm 6 cm hoch, fest, gut geheilt. Scheidengewölbe trichterförmig. Scheide lang, eng, keine Vorwölbg. beim pressen.	1.VIII. 1901	Nachuntersuchung hat nicht stattgefunden. Brieflich voller Erfolg, was noch dadurch bestätigt wird, dass der Mann für seine Frau mit herzlichstem Dank schreibt, weil diese bei dem grossen Haushalt, den sie versorgt, nicht zum Schreiben kommt.
ie vorstehend!	5. VI. 1899	Damm 7 cm hoch, Narbe etwas verdickt, nicht druckempfindlich; alles übrige glatt verheilt.	1.VIII. 1901	Vulva geschlossen; Vagina eng, lang, für einen Finger durchgängig. Scheidengewölbe hoch, keinerlei Druckempfindlichkeit. Beim pressen drängt sich nichts vor. Im oberen Drittel des Dammes findet sich eine Stecknadelkopfgrosse Öffnung, die leicht secernirt und aus deren Tiefe ein Silkwormfaden entfernt wird. Subjectives Befinden gut, volle Arbeitsfähigkeit.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat. d
27	50	2. V. 1899	Frau B. B., eine Geburt i. J. 1879. Gleich nach der Geburt bemerkte Pat., dass etwas aus der Scheide vorkommt und mit der Zeit immer grösser wird. Starke Schmerzen namentlich während der Menstruation, Fluor.	Vordere und hintere Scheidenwand beinahe vollständig heruntergetreten. Prolaps des Uterus. Portio tritt beim pressen vor die äusseren Genitalien.	10. V. 1899
28	52	9. V. 1899	Frau R. W., 3 Geburten, letzte i. J. 1888, leidet seit 6 Jahr. ununterbrochen an starken Leibschmerzen, menses anteponirend und sehr stark. Pat. soll einmal ausgekratzt worden sein, leidet seit wenigen Monaten an gelblichem Fluor.	Beide Scheidenwände total prolabirt, ebenso der Uterus; dieser etwas vergrössert, hart.	18. V. 1899
29	46	9. V. 1899	Frau Th. M., 7 normale Geburten letzte 93, ohne etwas von Vorfall zu bemerken. Oktober 98 fiel es Pat. zuerst auf, dass beim Umhergehen etwas aus der Scheide herauskam, das sich aber beim liegen immer wieder zurückbringen liess. Seit einigen Monaten wurde das herausgefallene Stück so gross, dass es nicht mehr reponirt werden konnte. Seitdem hat Pat. häufig Krämpfe im Leib.	Totaler Vorfall beider Scheidenwände; Portio verdickt, mit grossen Erosionen bedeckt; Uterus total prolabirt, mannskopfgross in der vorgefallenen Scheide liegend.	2. VI. 1899
30	64	23. VI. 1899	Frau R. H., keine Geburten. Prolaps wird seit einigen Jahren bemerkt, erst in letzter Zeit Schmerzen und Unbequemlichkeiten.	Damm schlaff. Hintere Scheidenwand wölbt sich hühnereigross vor; vordere ist in normaler Lage. Uterus ist prolabirt, Portio mit grossen Geschwüren bedeckt.	28. VI. 1899

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
ie vorstehend!	5. VI. 1899	Damm hoch, fest; Operationswunden p. p. i. geheilt. Keinerlei Vorwölbung b. pressen.		Vulva geschlossen; Vagina lang; Scheidengewölbe hoch; b. pressen tritt ein Theil des vorderen Scheidengewölbes etwa taubeneigross in d. Vulva, ohne dass Pat. Beschwerden davon hat. Subjectives Befinden nicht befriedigend, öfter brennen i. Leib, Schmerzen i. Kreuz u. Appetitlosigkeit. Bis zum letzten Winter voll arbeitsfähig, seitdem mit Unterbrechungen.
ie vorstehend, nur on der gewöhnlich on Bumm geübten lethode dadurch nterschieden, dass as etwas suspect ussehende linkeOvar itgenommen wird.	17. VI. 1899	Damm hoch, straff; Scheidentrichter 5 cm lang; keinerlei Vorwölbung b. pressen.		Nachuntersuchung hat nicht stattgefund., brieflicher Bescheid fehlt.
iginale Totalexstir- . U. Resection der orderen Scheide olpoperineorrhaphie ach Martin Hegar. Bumm'scher Verschl. er Peritonealhöhle.	28. VI. 1899	Operation n. Wunsch ausgefallen; nur findet sich am Damm eine linsengrosse granulirende Stelle, die mit Ag N geätzt wird.		Nachuntersuchung hat nicht stattgefund., brieflicher Bescheid fehlt.
ie vorstehend!	21. VII. 1899	Damm ca. 5 cm hoch; Vagina mässig eng. Im Scheidengewölbe findet sich eine grosse, trichterförm. Narbe; beim pressen keine Vorwölbung.		Nachuntersuchung hat nicht stattgefund., brieflicher Bescheid ist nicht erfolgt.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat. d
31	46	25. XI. 1898	Frau H. G., 3 normale Geburten. Nach erster Geburt vor 13 J. fühlte Pat. bereits eine Senkung der innern Genitalien mit Schmerzen im Kreuz, bekam einen Ring. Nach der 2. Geburt wurde ein anderer Ring eingelegt, der nicht recht hielt; nach der 3. Geburt hielt der Ring überhaupt nicht mehr; ein Hysterophor wurde versucht, aber wegen Schmerzen wieder entfernt Nun trat der Prolaps als grosser Tumor heraus und verursachte heftige Schmerzen. Ein Versuch mit Zwank's Pessar hatte nur Schmerzen zur Folge Pat. litt an heftigem Kreuzweh, Kopfschmerz und Urinbeschwerden.	Vulva klaffend; Damm erhalten. Hintere und vordere Vaginalwand stark descendirt; Cystocele. Portio dick, erodirt, lässt sich leicht vor die Vulva bringen. Uterus retrovertirt; collum elongirt; Sondenlänge 10 cm.	1. XII. 1898
32	61	26. VI 1899	Frau H. Sch., 7 normale Geburten, seit 4 Jahren cessatio mensium. seit 6 Jahren fällt etwas in der Scheide vor. Patientin trug nach einander 5 Ringe. Die beiden ersten hielten gut; drei weitere verursachten Schmerzen und fielen immer wieder heraus. Seit einem J. wird keiner mehr ertragen.	Damm erhalten, hinteres Scheidengewölbe schlaff u. prolabirt, vorderes ganz invertirt. Uterus klein, retroflectirt.	29. VI 1899
33	43	6. VI. 1899	Frau U. H., 3 Geburten, 2 Aborte; gleich bei erster Geburt Zange mit grossem Dammriss, der genäht wurde, aber sehr schlecht heilte. I. J. 93 merkte Pat. bereits, dass etwas aus den Genitalien heraushänge. Sie trug dann verschiedene Ringe bis 97. Seitdem ist der Prolaps nicht mehr zurückzuhalten und hängt apfelgross heraus.	Vulva sehr weit und schlaff. Vordere Vaginalwand total, hintere partial prolabirt. Uterus retroflectirt; Sondenlänge 12 cm, lässt sich ganz vor die Vulva ziehen. Am hintern Theil der Portio ein oberflächliches, leicht blutendes Geschwür.	12. X. 1899

Operation	Dat. u.	Befund b. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
Wie vorstehend!	28.XII 1898	Narben noch druckempfindlich; Wunden p. p. i. geheilt. Vagina eng, keine Vorwölbung b. pressen.	2.VIII. 1901	Nachuntersuchung hat nicht stattgefund., brieflich voller Erfolg gemeldet. Wallungen, Hitzegefühl u. Schweissausbruch, die schon vor der Operation bestanden, haben sich nicht verschlimmert.
Wie vorstehend!	24.VII. 1899	Vagina sehr lang; Damm hoch. Im Scheidengewölbe glatte, lineare Narbe.	28.VII. 1901	Nachuntersuchung zeigt: Damm 7 cm hoch, fest Vulva für einen Finger bequem durchgängig; in ihr wird Urethralwulst sichtbar. Beim pressen tritt er mit einem kleinen Theil der Vaginalwand in die Vulva herein, auch wird dab. Scheidengrund etwas nach unt. gedrückt. SubjectivesBefindensehr gut, keinerlei Schmerzen, Beschwerden oder Ausfallserscheinungen; volle Arbeitsfähigkeit.
Wie vorstehend!	5.VIII. 1899	Damm gut vernarbt, hoch. Scheideneingang sehr eng; Scheidengewölbe hochstehend.		Nachuntersuchung hat nicht stattgefund., brieflich Antwort fehlt.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat. d.
34	57	6. X. 1899	Frau V. G., 3 normale Geburten. 1 Abort vor 27 J. Schon nach Geburt d. ersten Kindes fühlte Pat. b. einer Anstrengung plötzlich, dass der Uterus aus den Genitalien vortrat. Sie trug seitdem einen Ring, den sie vor 15 Mon. wegen dauernder Schmerzen ablegen musste Bei jeder, auch geringen Anstreng. fällt Uterus heraus. Dann i. Uriniren unmöglich, und erst nach einer gelungenen Reposition wieder ausführbar.	Vulva eng. Scheide gerötet. VordereScheidenwand total, hintere partial invertirt. Orificium ext. geschwür. Uterus klein, atrophisch retrovertirt.	12. X. 1899
35	38	9. X. 1899	Frau O. R, 5 Geburten von 84 - 97, darunter nur 2 normale. Nach der ersten Geburt bei einer Anstrengung Uterus plötzlich vorgef. Seitdem trägt Pat. Ringe. Der letzte wird nicht mehr ertragen wegen zu starker Schmerzen. Seitdem liegt der Uterus beim stehen u. gehen immer vor d. äusseren Genitalien. Portio ist ulcerirt; stark. Fluor. Uriniren erschwert. Pat. klagt über ununterbrochene heftige Kopfschmerzen.	Vulva klaffend; vorderes Scheidengewölbe tief herabgetreten. Damm erhalten, sehr dehnbar. Portio nach vorn gerichtet, Muttermund klaffend, geschwürig. Uterus retrovertirt, verlängert.	17. X. 1899
36	45	10. X. 1899	Frau Sch. S., 5 normale Geburten, seit deren letzter Prolaps besteht. Bei jeder Anstrengung, niess. bücken etc., verliert Pat etwas Blut. Ein Ring, d. sie bis vor einigen Monaten trug, musste wegen Schmerzen abgelegt werden. Seitdem liegt Uterus ständig vor den Genitalien und trägt schmerzende Geschw. Pat. klagt über wässerigen Ausfl., spannende Schmerz. in der linken Seite, Harnbeschwerd. meist d. Nachts, am Tage trotz Prolaps keine Behinderung.	Vor den äusseren Genitalien liegt eine faustgrosse Geschwulst. Vordere Scheidenwand vollständig invertirt, hint. Scheidengewölbe noch ca. 5 cm hoch erhalten; Damm niedrig, schlaff. Uterus dextroretrovertirt, stark verlängert, Fundus zwischen Symphyse und Nabel; Elongatio cervicis. Neben dem Uterus links, von diesem nicht abgrenzb., liegt eine faustgr. prallelastische Geschwulst, die bis zur seitlichen Beckenwand reicht zum Theil am Becken fixirt erscheint und einen Ovarialabscess darstellt.	19. X. 1899

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
e vorstehend, nur ird sie nicht in hloroformmarkose egen Hinfälligkeit Patientin, sondern nt. Anaesthes. durch chleich'sche Lösung orgenommen.	16. XI. 1899	Damm hoch, fest; Scheidengewölbe hoch. Beim pressen keine Vorwölbung.	2. VIII. 1901	Nachuntersuchung hat n. stattgefunden. Brieflich meldet Pat. dass Alles gut sei; nur verspüre sie manchmal drängen nach unt., leide auch öfter an Hitzegefühl u. Wallungen.
e vorstehend, jedoch Chloroformnarose.	18. XI. 1899	Damm sehr hoch, fest; Scheidengewölbe hoch. Keine Vorwölbung.	2. VIII. 1901	Nachuntersuchung hat n. stattgefunden. Brieflich berichtet Pat. vollen Erfolg, nur leide sie öfter an Müdigkeit und Wallungen nach dem Kopfe, die ihr dann Kopfschmerzen verursachen.
e vorstehend; nur ird gleich Ovariomie linkerseits anschlossen. Das Ovar igt sich in einen ustgrossen Tumor ngewandelt, aus dem ch gelbliche Flüssigeit entleert.	18. XI 1899	Granulationen d. Dammes gut vertheilend; einige Stellen werden nachgeätzt. Im Scheidengewölb. ein glatte Narbe. Alles fest und ohne Vorwölbungen.	3. VIII. 1901	Vulva etwas klaffend. Beim pressen drängt das vord. Scheidengewölbe in ganz geringem Umfang in die Vulva herein; Scheidengewölbe bleibt hoch, Scheide lang, weit, f. 2 Finger durchgängig. Obere Partie des festen u. hohen Dammes etwas dünn, ohne Druckempfindlichkeit. Subjectives Wohlbefinden, volle Arbeitsfähigkeit, keine Beschwerden beim Wasserlassen, k. Druckempfindlichkeit.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat.
37	54	20. X. 1899.	Fräulein S. Sch., keine Geburt, Menopause seit 10 J. Seit einem Jahre wird Vorfall der Gebärmutter beobachtet. Ein damals eingelegter Ring hielt etwa $^1/_2$ J., fiel dann heraus, ein neu eingelegter grösserer hielt nicht; seitdem Schmerzen im Unterleib und in der Seite, Diurese war nur behindert, solange der Ring lag. Viel Kopfweh.	Damm vollständig erhalten. Vorderes Scheidengewölbe tief herabgetreten, hinteres erhalten. Vulva klein. Uterus tritt hühnereigross aus den Genitalien.	31. X. 1899
38	53	20. X. 1899.	Frau B. Br., 3 Geburten, letzte vor 6 J. mit Dammriss. Vor ca. 4 J. fing Uterus an sich zu senken, fiel bei jeder Anstrengung vor, ging aber bei Bettruhe wieder zurück. Vor $1^1/_2$ J. wurde ein Ring eingelegt, der den Stuhlgang behinderte und später herausfiel. Seit mehreren Wochen liegt Uterus ganz vor den Genitalien und wird wund. Urinbeschwerden, starke Kopfschmerzen.	Vor den äusseren Genitalien liegt ein über faustgrosser Tumor, bestehend aus der invertirten Scheide, die nur hinten noch etwas — etwa 1 cm hoch — erhalten ist. Schleimhaut der Scheide verdickt. Uterus retroflectirt, verlängert, 16 cm Sondenlänge; am Orificium zeigen sich granulirende Geschwüre.	21. X. 1899
39	35	24. X. 1899.	Frau B. M., 3 normale Geburten von 89—96. Nach letzter senkte sich der Uterus bei einer schweren Arbeit, trat aber nicht ganz vor die Genitalien. Vor $1^1/_2$ J. wurde ein grosser Ring eingelegt, der starke menstruale Blutungen veranlasste. Ein kleinerer hielt nicht u. wurde wieder abgelegt. Uterus geht b. Bettruhe noch zurück, hindert aber Pat. sehr bei der Arbeit. Viel Kopfschmerz.	Nabelbruch. Vulva klaffend, Scheide schlaff, vordere Scheidenwand total, hintere partial prolabirt. Uterus retroflectirt, tritt auf Druck oder Zug bis vor die Vulva. Erosionsgeschwür mit Papillomen im Bereich des Orificium ext. Schleimhaut leicht blutend.	31. X. 1899
40	47	20. X. 1899	Frau W. W., 3 Geburten, i. Jahre 84 per forceps, ebenso i. J. 87, i. J. 90 normal. Seit der 2. Geburt trägt Pat. einen Ring, der soweit gut hielt, doch öfter einmal herausglitt. Seit einem J.	Vulva klaffend. Vordere Scheidenwand descendirt, Uterus anteflectirt. Corpus vergrössert, kugelförmig. Portio zeigt Erosionen.	23. XI. 1900

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
aginale Totalexstir- pation d. U. Re- ection des vorderen Scheidengewölbes. Kolpoperineorrhaphie nach Martin-Hegar. Bumm'scher Verschl. d. Bauchhöhle.	11.XII. 1899	Damm p. p. i. geheilt, hoch. Im Scheidengewölbe glatte, längsverlaufende Narbe, keine Infiltrationen, keine Vorwölbung.	4. VIII. 1901	Nachuntersuchung hat n. stattgefunden. Brieflich meldet Patient., dass sie sich nicht ganz wohl fühle, drängen nach unten verspüre und öfter das Gefühl habe, als komme aus dem Scheidenmund etwas hervor. Sie giebt an, voll arbeitsfähig zu sein, doch leide sie an den erfragten Ausfallserscheinungen.
Wie vorstehend. at. zeigte im Verlauf einigemale Fieberan- stiege bis 38°, deren Ursache wohl in pul- onibus zu suchen war.	20.XII 1899	Scheide sehr lang; Scheidengewölbe hochstehend, einen feinen Trichter bildend. Damm im oberen Teil dünn, unten sehr fest.		Nachuntersuchung hat n. stattgefunden. Pat. meldet vollen Erfolg der Operation. Zeitweise Hitzegefühl, Wallungen u. Schweissausbruch, doch ist Pat. sehr zufrieden mit dem Erfolg.
Wie vorstehend.	2. XII. 1899	Operation objectiv als gelungen zu betrachten; alle subjectiven Beschwerden geschwunden.	12.VIII 1901	Nachuntersuchung hat n. stattgefunden. Pat. schreibt sehr befriedigt über vollen Erfolg der Operation, hat aber hie und da Wallungen, öfter noch Hitzegefühl u. Schweissausbruch.
ie vorstehend.	3. I. 1901	Damm 6cm hoch, Vulva sehr eng. Glatte Narben.	1. 1901	Nachuntersuchung hat nicht stattgefunden. Brieflich voller Erfolg! Pat ist besonders dankbar und glücklich, weil sie wieder alle Arbeit verrichten kann.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat. d
			hat Pat. ihn ganz abgelegt, seitdem liegt Vorfall beim gehen und stehen immer vor den Genitalien und behindert Pat. sehr bei der Arbeit. Geringer Ausfluss, Harnentleerg. schmerzhaft.		
41	38	27. XI. 1899	Frau B G., 10 normale Geb., 11 vorletzte forceps. Erst seit 3 Monaten will Pat. den Vorfall bemerkt haben, der ihr ganz plötzlich entstand. zu sein scheint. Beim liegen tritt er nicht deutlich aus den Genitalien hervor, liegt aber beim stehen u. gehen immer draussen. Pat. trug noch keinen Ring. Wasserlassen im Anfang des Prolapses sehr, jetzt weniger erschwert. ZiehendeSchmerzen im Kreuz und Unterleib; viel Kopfschmerz.	Vordere Scheidenwand total, hintere theilweise invertirt; alter Dammriss. Uterus retrovertirt, verlängert, über d. Beckeneingang hinunterragend. Cervix weich, nur der obere Theil erscheint auffallend hart. Blutige Secretion aus der Uterushöhle.	30. XI 1899
42	48	12. XII 1899	Frau Sch. B., 6 norm Geb., letzte im J. 91. Seit ca. 4 Jahren bemerkt Pat. allmähliche Senkung des Ut. Vor $1^1/_2$ J. liess sie sich einen Ring einlegen, der aber starke Kreuz- und Seitenschmerzen machte. Jetzt liegt Vorfall beim stehen und gehen stets vor den Genitalien. Seit 3 Mon. bemerkt Pat. Ausfluss, der immer blutig tingirt ist. Diurese stark behindert.	Uterus retroflectirt, stark vergrössert, sehr schlaff. Portio gespalten, klaffend; descendirt und mit kleinen Polypen besetzt. Vaginalwände vorn u. hinten prolabirt. Damm schlaff.	16. XII 1899

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
Wie vorstehend, nur müssen rechts Tube und Ovarium mitgenommen werden, um Raum zu gewinnen.	2. I. 1900	Im Scheidengewölbe eine glatte Narbe, links etwas infiltrirte Stümpfe, keine Druckempfindlichkeit. Entfernung der Nähte. Aetzung der granulirenden Narben im vorderen u. hinteren Scheidengewölbe. Damm fest, glatt verheilt.	21. II. 1900 16. III. 12. IV. 20. VIII 1901	Am Damm eine mit der Vagina communizirende Fistel. Schmerzen beim Wasserlassen. Die Fistel ist geschloss., der Urin klar; geringe Schmerzen beim Wasserlassen. Vulva geschlossen. Introitus für einen Finger gut durchgängig; in denselben ragt die hypertrophirte Urethralwulst hinein, die sich jedoch beim pressen nicht vordrängt. Damm hoch u. fest, über dem After etwas eingezogen. Vagina lang und eng; das Scheidengewölbe bleibt beim pressen hoch. Urin klar. Pat. hat noch manchmal Schmerzen beim Wasserlassen; auch treten in 4 wöchentl. Intervallen 2—3 Tage lang Hitze im Kopf, Wallungen und Schweissaufbruch auf. Volle Arbeitsfähigkeit.
Wie vorstehend; Tuben und Ovarien beiderseits werden belassen.	13. I. 1900	Damm p. p. i. geheilt, etwa 7 cm hoch. Vulva sehr eng; glatte Narben.	2. VIII. 1901	Nachuntersuchung hat nicht stattgefunden. Brieflich voller Erfolg, nur seien in letzter Zeit häufiger Wallungen aufgetreten, die aber Pat. weder irgendwie behindern, noch beunruhigen.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat. d
43	62	29. I. 1900	Frau H. H., 4 Früh-, 2 Normalgeburten, letzte vor 21 J. Nach dieser will Pat. Drang nach unten und Gefühl der Schwäche im Unterleib gespürt haben. Seit 4—5 J. deutlicher Prolaps, gegen den nichts gethan worden ist, Menopause.	Vordere Scheidenwand vollständig, hintere bis auf einen kleinen Blindsack invertirt; rechts eine gespannte Narbe bis zum orific. ext. herabreichend. Damm erhalten; an der Portio ein Geschwür. Uterus retroflectirt.	1. II. 1900
44	56	1. II. 1900	Frau J. Sch., 3 Geburten, letzte vor 23 J. Seit der ersten Geburt ein Vorfall, der in den letzten 3 Jahren stärker wurde, jedoch nur geringe Beschwerden machte. Seit einigen Monaten starker fluor albus, mit röthlichen Fetzen vermischt. Menopause.	Vordere Scheidenwand vollständig, hintere zum Theil invertirt. Uterus atrophisch; rechts im Muttermund ein grosser Cervicalpolyp; mehrere kleine aus dem Muttermund hervorragend.	6. II. 1900
45	49	6. II. 1900	Frau F. H., 10 normale Geburten; letzte i. J. 91. Vorfall trat nach 9. Geburt i. J. 87 ein. Pat. liess sich die ersten 6 J. nicht vom Arzt behandeln, sondern trug eine Binde, dann 2 J. lang ein Hysterophor, dann einen Ring. Sie wurde nun 3 Jahre mit Ringen behandelt; die zwei letzten halten nicht mehr, und Pat. wünscht operirt zu werden. Menses regelmässig alle 3 Wochen.	Beide Scheidenwände sind vorgefallen; der Prolaps findet sich auch in Ruhelage vor der Vulva.	13. II. 1900
46	53	17. II. 1900	Frl. C. Pf., normale Geburt vor 16 J., seitdem Senkung des Uterus, infolge eines Dammrisses, Viel Ausfluss und Schmerzen, Kopfweh und Übelkeit. Seit $^1/_2$ Jahr Menopause.	Faustgrosser Tumor vor den Genitalien; beide Scheidenwände prolabirt. Uterus retroflectirt. Portio zeigt ein rundes über ein Markstück grosses Geschwür.	22. II. 1900

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
e vorstehend, jedoch ohne Kolpoperineorrhaphie.	10. III. 1900	Vulva klaffend, Scheide sehr lang. Wundtrichter gehe lt. Hintere Scheidenwand leicht descendirt, darum soll spät. Kolpoperineorrhaphie angeschlossen werden.		Nachuntersuchung hat nicht stattgefunden. Die Verwandten berichten, dass Pat. nach der Operation ganz gesund nach Haus gekommen sei. Nach einiger Zeit habe sie sich gar nicht wohl gefühlt und sei im Juli dess. J. einem Leiden erlegen, das der Arzt mit Krebs bezeichnet habe.
e vorstehend, mit lpoperineorrhaphie.	10. III. 1900	Damm 6 cm hoch, Scheide lang; glatte Narbe.		Nachuntersuchung hat nicht stattgefund, brieflich Antwort ist nicht erfolgt.
e vorstehend.	13. III. 1900	Damm hoch, fest. Scheide lang. Operationswunde p. p. i. geheilt.	4. VIII 1901	Nachuntersuchung hat nicht stattgefund., brieflich voller Erfolg. Pat. schliesst ihr Dankschreiben mit den Worten „ich bin ganz glücklich in meiner Lage“.
e vorstehend.	24. III. 1900	Damm fest, 6 cm hoch; Vagina eng. Alle Operationsnarben p. p. i. geheilt.	28. VII. 1901	Vulva geschlossen; Scheide sehr eng und hoch. Beim pressen drängt sich nichts vor. Subjectives Befinden gut. Hitze und Wallungen öfter wie auch vor der Operation. Keinerlei Urinbeschwerden. Volle Arbeitsfähigkeit.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat.
47	60	12. III. 1900	Frau H. M. hat erwachsene Kinder; Vorfall besteht seit vielen Jahren und hat in letzter Zeit wegen allen möglichen Beschwerden Pat. zum Entschluss der Operat. gebracht. Menopause.	Vorfall beider Scheidenwände und des Uterus. Prolaps liegt vor der Vulva. Lipoma cruris.	15. III. 1900
48	45	27. III. 1900	Frau Sch. H., 9 normale Geburten, letzte vor 6 Jahren. Nach erster Geburt bereits Vorfall, der immer grösser wurde. Drang nach unten. Schmerz in den Leistenbeugen. Ausfluss bei der Periode dunkelroth mit Gerinnseln.	Vorfall der Scheidenwände und des Uterus, der als grosser Tumor vor der Vulva liegt. Hernia inguin. dextra.	2. IV. 1900
49	39	28. III. 1900	Frl. E. I., 1 normale Geburt im März 1899, seitdem Vorfall und Schmerzen im Kreuz und Leib. Pat. ist Idiotin und Taubstumme und macht sehr mangelhafte Angaben.	Damm schlaff. Vordere Scheidenwand und Uterus sind vollständig heruntergefallen und wölben sich als Tumor aus der Vulva vor. Portio zerklüftet, vergrössert.	2. IV. 1900
50	52	6. VI. 1900	Frau D. Sch., 7 normale Geburten und 2 Aborte i. 2. Monat von 1869 - 88. Prolaps soll sich gleich nach erster Geburt gezeigt haben, aber nach jeder Schwangerschaft jeweilen zurückgegangen sein. Seit letzter	Damm hoch, dünn. Vordere Scheidenwand total, hintere zum Theil prolabirt, liegen als Tumor vor der Vulva. Uterus retrovertirt und descendirt.	13. V. 1900

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
e vorstehend. tragen des Lipoms selber Sitzung.	14. IV 1900	Alle Operationswund. p. p. i. geheilt. Damm fest, Vagina hoch.	15.VIII 1901	Nachuntersuch. hat nicht stattgefunden. Brieflich voller Erfolg. Pat. schätzt sich wegen der gelungenen Operat. glücklich, kann ohne Beschwerden grössere Reisen unternehmen etc., kurz Alles leisten, was von ihr als einer Dame der besseren Stände gefordert wird.
ginale Totalexstir- tion d. U. Resektion s vorderen Schei- ngewölbes. Kolpo- rineorrhaphie nach artin-Hegar. Bumm- her Verschluss der auchhöhle. In der- lben Sitzung Radi- loperation d. Leis- nhernie.	1. V. 1900	Damm hoch; Narbe fest. Introitusvaginae für einen Fingerdurch- gängig. Scheide lang. Linker Fuss kann noch nicht geheilt werden. Therapie Faradischer Strom.	1. VIII. 1901	Vulva geschlossen, Vagina lang; Damm fest. Beim pressen legt sich, dem untersuchenden Finger fühlbar, die vordere Va- ginalwand in Taubenei- grösse in die Vulva, tritt aber nicht vor. Subjectives Befinden vor- züglich. Hitze u. Wal- lungen treten manchmal auf. Patientin klagt seit der Operation über starke Zunahme des Körperge- wichts. Volle Arbeits- fähigkeit.
ginale Totalexstir- tion d. U. Resection s vorderen Schei- ngewölbes. Kolpo- rineorrhaphie nach artin-Hegar. Bumm- ier Verschluss der auchhöhle.	30. IV. 1900	Damm hoch; Narbe fest. Introitus schwer mit einem Finger pas- sirbar. Scheide lang.	29. VII. 1901	Nachuntersuch. hat nicht stattgefunden. Aus dem Asyl, wo Pat. untergebracht war, kommt die Nachricht, dass Pat. nach der Ope- rationvollständig geheilt, aber ziemlich schwach dahin zurückgekehrt sei und seit 2 Monaten in einer Idiotenanstalt in Deutschl., von wo weitere Nachrichten fehlen, un- tergebracht sei.
e vorstehend, doch rd wegen des elen- n Zustandes der t. anstatt der Chlo- ormnarkoseCocain- ection nach Bier wählt.	18. VI 1900 †	15. VI. Fieber u. Urin- retention. Alle Nähte, auch Peritonealnath werden aufgemacht; es ist jedoch keine Perforation in die Blase nachzuwnisen. Tamponade mit Jodo-		

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat.
			Geburt trat er immer stärker vor, wuchs bald auf Kindskopfgrösse an. Im selben J. wurde Amput. d. Portio mit Kolporrhaphia ant. et post. vorgenommen. Zwei Jahre darnach trat Prolaps wieder vor. Ringe hielten nicht. Prolaps wuchs immer mehr. Wasserlassen sehr erschwert und mit Brennen verbunden. Weisser Ausfluss und seit einigen Woch. trüber Urin.		
51	49	4. X. 1900	Frau K. J., 1 normale Geb. i. J. 91, dadurch Gebärmuttervorfall, weswegen sie i. J. 92 in Freiburg operirt wurde. Darnach litt sie immer an Kreuzschmerzen Im J. 94 trat Prolaps wieder auf. Ring wird eingelegt, hält aber nicht. Gelber Ausfluss, Ziehen im Leib, Drang nach unten; Fremdkörpergefühl, brennen beim Wasserlassen.	Scheideneingang eng. Damm gut geheilt. Beim pressen tritt der retroflectirte Uterus aus dem Scheideneingang heraus. Corpus ut. etwas verlängert. Vordere Muttermundslippe zeigt ein kleines Geschwür.	9. X. 1900
52	47	5. X. 1900	Frau H. H., 5 normale Geb., letzte im J. 94. Vorfall trat vor 1 J. im Anschluss an eine Geburt auf. Pat. soll dann ausgekratzt worden sein, wonach Vorfall sich verschlimmerte. Fremdkörpergefühl.	Damm erhalten; vorderes Scheidengewölbe in toto, hinteres partial invertirt. Uterus retroflectirt; Corpus uteri tief getreten, um das doppelte verlängert.	10. X. 1900
53	49	23. X. 1900	Frau D. M., 2 Aborte, 4 normale Geburten, letzte vor 7 J, seitdem Prolaps. Pat. trug mehrfach Ringe, die nicht hielten, klagt über heftige Kreuzschmerzen u. Ausfluss.	Portio lässt sich bis vor die Vulva ziehen, wobei die ganze vordere Scheidenwd. invertirt wird, während das hintere Scheidengewölbe noch stehen bleibt. Muttermund weit klaffend, Sondenlänge des Uterus 12 cm.	30. X. 1900

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
		formgaze; Dauerkatheter, aus dem sich nur wenige Tropfen blutigen Urins entleeren. 18. VI. Mors. Sectionsbefund: Nephritis parenchymatosa. Nierenabscesse. Pyelitis purulenta.		
e vorstehend. nloroformnarkose.	6. XI. 1900	Alle Operationswund. p. p. i. geheilt. Damm hoch. Scheideneingang mit Mühe durchgängig. Vagina ziemlich kurz.	29. VII 1901	Vulva ganz geschlossen. Damm sehr hoch u. fest, jedoch im ganzen halbkugelig vorgewölbt, beim pressen etwas stärker. Vagina mit Mühe für einen Finger durchgäng., das ganze Scheidengewölbe sehr fest. Subjectiv. Befinden gut. Seit Frühjahr Herzbeschwerd. Wallungen zur Zeit der Menses, und dann röthlich gefärbten Urin. Arbeitsfähigkeit voll erhalten.
e vorstehend.	5. XI. 1900	Alles gut verheilt. Damm fest; Scheidengewölbe hoch.	28. VII. 1901	Damm fest. Vulva geschlossen. Vordere Vaginalwand drängt beim pressen etwa Kirschengross vor. Vagina hoch und eng. Subjectiv. Befinden gut. Seit $^1/_2$ Jahr leidet Pat. viel an Wallungen und zwar Tag und Nacht, sonst keine Beschwerden. Volle Arbeitsfähigkeit.
e vorstehend.	1. XII. 1900	Vagina eng, lang. Damm fest. Glatte Narben.	27. VII. 1901	Vulva geschlossen; Damm hoch, fest; Vagina eng, hoch, glatt; beim pressen drängt sich nichts vor; Subjektiv. Befinden sehr gut, Hitzegefühl, Wallungen und Schweisse, die schon ein Jahr vor der Operation in lästiger Weise auftraten, besteh. fort.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat.
54	34	6. XI. 1900	Frau F. M., 4 normale und 3 Frühgeburten, letzte vor 4 J. Vorfall nach erster Geburt. Bald darauf unterzog sich Pat. einer Operation. Ein J. darnach kam Vorfall im Anschluss an eine Geburt wieder zum Vorschein. Starker röthlicher Ausfluss und viel Schmerzen.	Vorderes u. hinteres Scheidengewölbe vollständig invertirt. Uterus retrovertirt, Sondenlänge 12 cm. Rings um den Muttermund findet sich in Ausdehnung eines Handtellers ein mit schwarzer Borke bedecktes Geschwür.	7. X 1900
55	47	6. XI. 1900	Frau D. M, 6 normale Geburten, letzte vor 18. Jahr., 3 Frühgeburten letzte vor 10 J. Vor 7 J. bemerkte Pat. den Vorfall, der immer grösser geworden und mit ziehenden Schmerzen verbunden ist.	Vulva klaffend, Vagina fast völlig invertirt. Prolaps faustgross vor der Vulva, geschwürig.	15. X 1900
56	43	17. XI. 1900	Frau O. W., erste Geburt vor 16 J. seitdem Vorfall, der ziehende Schmerzen machte. Erst werden Ringe getragen, die seit 10 J. nicht mehr halten. Seitdem wurde Vorfall immer grösser, die Schmerzen heftiger; öfters blutiger Ausfluss.	Vorderes Scheidengewölbe vollständig, hinteres theilweise invertirt. Portio plump. Uterus dextrovertirt. Sondenlänge 12 cm.	20. X 1900

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
Wie vorstehend.	22.XII 1900	Damm hoch, Vagina lang und eng. Glatte Narben.	2.VIII. 1901	Vulva geschlossen; Vagina hoch; Damm fest. Beim pressen drängen sich vorderes u. hinteres Scheidengewölbe klein Ei gross in die Vulva, also recidivirender Prolaps. Subjectives Befind. gut. Pat. hatte bald nach der Operation das Gefühl, als sei wieder etwas vorgetreten, was aber weder beim gehen, noch sitzen Beschwerden machte, noch sich vergrösserte: Athemnoth, Hitzegefühl, Nasenbluten, das vor der Operation zur Zeit der menses auftrat, zeigt sich jetzt in menstruellen Intervallen. Volle Arbeitsfähigkeit.
Vaginale Totalexstirpation d. U. Vordere Scheidenresection. Kolporrhaphia post. Baumm'scher Verschl. der Bauchhöhle.	15.XII 1900	Damm fest, Vagina hoch; glatte Narben.	2.VIII. 1901	Vulva leicht klaffend. Damm hoch fest, oben etwas dünn. Scheide hoch, für einen Finger durchgängig. Beim prespen senkt sich die vordere Scheidenwand ganz wenig. Subjectives Befinden gut, viel Diarrhoe, während Pat. vor der Operation über Verstopfung zu klagen hatte. Alle 4 Wochen etwa 3 St. lang Kopfschmerz, andere Ausfallserscheinungen nicht vorhanden. Volle Arbeitsfähigkeit.
Wie vorstehend.	9. I. 1901	Damm fest, Vagina hoch, Narben glatt, druckempfindlich.	18.VIII. 1901	Nachuntersuchung hat nicht stattgefund., brieflich voller Erfolg. Pat. konnte nicht persönlich kommen, da sie seit Wochen an Brandwunden darniederliegt.

No.	Alter Jahre	Dat. der Aufn.	Anamnese	Aufnahmestatus	Dat. d
57	43	12. II. 1901	Frau Th. G., 4 Geburten, die letzte, die sehr schwer war, vor 10 J., seitdem Vorfall, viel Kreuzschmerzen; stark. gelblicher, übelriechender Ausfluss.	Vor den Genitalien liegt ein faustgrosser Tumor. Hinteres und vorderes Scheidengewölbe invertirt. Uterus retrovertirt, etwas verdickt; Sondenlänge 10cm.	21. II. 1901
58	50	26. III. 1901	Frau H. K., 7 normale Geburten letzte vor 13 J. Pat. will den Vorfall schon vor 30 J. bemerkt haben. Ringe hielten nie. Weisser Ausfluss. Trüber Urin.	Vordere Vaginalwand in toto prolabirt, hintere partiell. Portio lässt sich vor die Vulva ziehen, Pyelitis.	29. III 1901

Operation	Dat. u.	Befund d. Entlassung	Dat. d.	Nachuntersuchung
ie vorstehend.	21. III. 1901	Damm im ober. Drittel noch etwas klaffend, frisch granulirend. Keinerlei Druckempfindlichkeit Vagina hoch.	4. VIII. 1901	Vulva geschlossen. Vagina für einen Finger gut durchgängig, lang, keine Senkung, Scheidengrund bleibt hoch beim pressen. Keine Druckempfindlichkeit. Subjectives Befinden gut, Keine Ausfallserscheinungen, öfters leichte incontinentia urinae. Volle Arbeitsfähigkeit.
ie vorstehend.	18 V. 1901	Damm fest. Wunde m. frisch. Granulationen bedeckt. In der Vagina liegen noch einig. Silkwormfäden. Urin getrübt durch Leukocyten u. Blasenepithelien.	6. III. 1901	Vulva geschlossen. Vagina für einen Finger durchgängig; beim press. drängt sich nichts vor. Damm in der Mitte etwas eingezogen, hoch und fest Pat. litt seit Austritt aus dem Spital viel an Rheumatismus, Beschwerden vom Genitaltractus aus werden nicht geklagt. Keine Ausfallserscheinungen. In Folge des Rheumatismus verringerte Arbeitsfähigkeit.

Lebenslauf.

Am 18. April 1861 wurde ich als Tochter des Rittergutsbesitzers Westmann auf Höckricht b. Chemnitz in Sachsen zu Maierhof Spörnig bei Reichstadt-Niemes in Böhmen — während eines vorübergehenden Aufenthaltes meiner Eltern daselbst — geboren. Evangelischer Konfession erhielt ich meine erste Schulerziehung im Freimaurerinstitut zu Dresden, wurde darnach einige Jahre von Hauslehrern unterrichtet und besuchte vom 10.—16. Jahre bis zu meiner Confirmation die Höhere Töchterschule zu Chemnitz. Nachdem ich mich verheiratet hatte und Wittwe geworden war, begann ich mich für das Universitätsstudium vorzubereiten. Im September 1897 legte ich vor der eidgenössischen Prüfungscommission zu Luzern das schweizer Maturitätsexamen ab, begann mit dem folgenden Wintersemester 1897/98 mein medizinisches Studium an der Universität Zürich, bestand nach 2 Semestern — Oktober 1898 — die naturwissenschaftliche und nach weiteren 2 Semestern — October 1899 — die anatomisch-physiologische Vorprüfung und verblieb noch ein weiteres Semester — bis März 1900 — in Zürich. Im Sommersemester 1900 besuchte ich die Kliniken der Universität Berlin, im Verlauf welcher Zeit mir der Bundesrathsbeschluss vom Juni 1900 die Gewissheit brachte, dass ich das Studium in Deutschland zu Ende bringen könne. Ich legte daraufhin am 3. November 1900 das Physikum an der Universität zu Halle a. S. ab und studierte daselbst die folgenden 3 Semester bis März 1902, meldete mich für die Prüfungsperiode 1901/02 zur ärztlichen Staatsprüfung und absolvierte diese vollständig bis 1. Juli 1902.

Am 10. Juli bestand ich das Colloquium vor der medizinischen Facultät der Universität Halle.

Es bleibt mir noch die angenehme Pflicht, meinen akademischen Lehrern in der Schweiz und in Deutschland ein dankbares Gedenken zu weihen, das sich an die folgenden Namen knüpft:

Zürich:

Abeljanz, Bühler, Dodel, Eichhorst, Felix, v. Frey, Gaule, Goll, Kleiner, Krönlein Lang, Martin, Meyer, Ribbert, Ruge, Schinz, Schlatter, Werner, Wyder.

Berlin:

Greeff, Langerhans, Heubner, v. Leyden, Olshausen, Rosin.

Halle:

v. Bramann, Bumm, Eberth, Fehling, Fränkel, Harnack, Hitzig, v. Mering, Nebelthau, Oberst, Roux, Schmidt-Rimpler, Weber.

Zu besonderem Dank bin ich Herrn Prof. v. Bramann verpflichtet, der mir gestattet hatte, an der chir. Klinik zu Halle als Volontär thätig zu sein, ebenso Herrn Professor Ruge in Zürich, unter dessen Leitung ich am anatomischen Institut in Zürich als Unterassistentin arbeiten durfte.